

Pieczeń zakładu kierującego
Data wystawienia skierowania

- Leszno - ul. Kiepury 45, tel./fax (65) 520-32-85
Termin badania prosimy uzgodnić z rejestracją placówki

Nazwisko i imię pacjenta		Pesel
Telefon kontaktowy	Adres	
Waga	Województwo	Oddział NFZ

Zakres badania np.: szyja, oczodoły, zatoki, głowa, żuchwa, szczęka, klatka piersiowa, miednica, jama brzuszna...	
Rozpoznanie kliniczne	Kod ICD
Krótki wywiad	
Przebyte operacje	

Prosimy o załączenie wyników badań (w przypadku badań obrazowych pożądana jest dokumentacja obrazowa)

Wypełnia pracownia diagnostyczna	
Data badania	_____
Lekarz badający	_____
Technik badający	_____
Rodzaj badania	_____ _____
Podany kontrast:	

Wyniki badań odbierze:

- Pacjent
 Rodzina

Osoba towarzysząca:

- Lekarz
 Pielęgniarka
 Kierowca
 Sanitariusz
 Inne

Data (dd-mm-rrrr)

Tel. kontaktowy do lekarza

Lekarz kierujący

Nazwisko i imię pacjenta		Pesel
Telefon kontaktowy	Adres	
Waga	Województwo	Oddział NFZ

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Czy występowało u Pani/Pana:

- | | | | | | | |
|---|---------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 | Nieregularne bicie serca | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | Czy jest Pani w ciąży? | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 2 | nagła utrata przytomności | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | | | |
| 3 | stany lękowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | | | |

Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do wykonania badania prosimy o określenie, jeżeli jakkolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana.

Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:

- | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 | rozrusznik serca | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 7 | metalowe opitki w ciele lub skórze | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 2 | sztuczne zastawki serca | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 8 | metalowe protezy stawów | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 3 | wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 9 | metalowe mostki zębowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 4 | zastawki komorowe lub rdzeniowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 10 | metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 5 | neurostymulatory | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 11 | metalowe szwy chirurgiczne | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 6 | implant słuchowy | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 12 | inne wszczepione metale | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

Wyrażam zgodę na badanie Rezonansu Magnetycznego i dożylnie podanie środka kontrastowego

Miejscowość	Podpis pacjenta	Podpis lekarza
-------------	-----------------	----------------

Uwagi

- Wykonanie badań MR w ciąży (zwłaszcza jej pierwszym trymestrze) należy ograniczyć do wskazań życiowych.
- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta:
 - stymulatora serca oraz wszystkich innych biostymulatorów
 - klipsów naczyniowych (np. po operacjach tętniaka)
 - wewnętrznych protez słuchowych
 - metalicznego ciała obcego w oku
- W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym pracowni MR wymieniać:
- Czas badania MR wynosi 30-60 minut i wymagane jest bezwzględne leżenie bez ruchu w pozycji na plecach. UWAGA, jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie, to konieczne jest wcześniejsze ustalenie z pracownią MR terminu oraz zasad badania w obecności anestezjologa.
- Zakład zastrzega sobie wszelkie prawa autorskie dotyczące wyników badań. Ich publikacja wymaga zgody Kierownika Zakładu.
- Przed badaniem należy pozostawić telefony komórkowe oraz karty magnetyczne. Posiadanie ich przy sobie w czasie badania grozi uszkodzeniem.

Oświadczenie: nie jestem w ciąży i nie posiadam żadnych elementów metalowych (poza wymienionymi przeze mnie w punkcie 3)

Uwaga!

przed badaniem należy zostawić telefony komórkowe oraz karty magnetyczne

Podpis pacjenta lub jego prawnego opiekuna
potwierdzający zapoznanie się z ww. uwagami