

	Szpital Kielecki św. Aleksandra Sp. z o.o. ul. Kościuszki 25, 25-316 Kielce	DO/A/1	PP 2
	ANKIETA DLA PACJENTA – BADANIE MR	Aktualizacja/ Data aktualizacji	01 / 09.03.2026
		Strona	1 / 1

Imię i nazwisko.....nr pesel.....

Data badania..... Waga pacjenta.....kg Numer telefonu.....

W czasie badania MR pacjent przebywa w bardzo silnym, stałym polu magnetycznym.

NIEKTÓRE PRZEDMIOTY METALOWE POSIADANE PRZEZ PACJENTA W TRAKCIE BADANIA MOGĄ GO NARAŻIĆ NA UTRATĘ ZDROWIA LUB ŻYCIA. Do pomieszczenia MR nie wolno wnosić kluczy, zegarków, telefonów, kart magnetycznych, spinek, kolczyków, klipsów i innych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie wniesionego przedmiotu lub narażić na niebezpieczeństwo Pacjenta lub personel pracowni.

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety. Podane informacje objęte są tajemnicą medyczną i nie będą wykorzystywane do innych celów. **Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć kółkiem.**

W przeszłości miałam/em wykonywane badanie MR (Rezonans Magnetyczny)	TAK	NIE
Posiadam rozrusznik serca	TAK	NIE
Posiadam ciała metaliczne w organizmie np: proteza zębowa, aparat ortodontyczny (podać jakie, gdzie są zlokalizowane).....	TAK	NIE
Przebyłam/em zabiegi operacyjne(jakie?).....	TAK	NIE
Posiadam operacyjnie założone metalowe elementy np: sztuczna zastawka serca, zastawka komorowo-żylna lub komorowo-otrzewnowa, elektrody wewnętrzne, wewnętrzny implant słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych, wszczepy mechaniczne lub magnetyczne np. wszczep ślimaka, pompa insulinowa, endoproteza, implanty, zespolenia metalowe, odłamki metalowe, szwy metalowe, spirala wewnątrzmaciczna, tatuaż, inne ciała metaliczne (gdzie, jakie?).....	TAK	NIE
Posiadam protezę oczną, ciało obce w gałce ocznej (np. opilki metalu)	TAK	NIE
Mam klaustrofobię	TAK	NIE
Jestem uczulony (alergia na środki kontrastowe, leki, jakie?).....	TAK	NIE
Jestem w ciąży lub podejrzewam że mogę być	TAK	NIE
Choruję na niewydolność nerek	TAK	NIE
Chorowałam(am) na żółtaczkę zakaźną typu B lub C	TAK	NIE
Data ostatniej miesiączki/dzień cyklu.....	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na dożylną podanie środka kontrastowego (dot. bad.z kontrastem)	TAK	NIE

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadania przez Pacjenta rozzrusznika serca.

Nie zaleca się wykonywania badań MR w I trymestrze ciąży.

Kielce, dn.....

Ja niżej podpisany(-a) oświadczam, że przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje.

.....
podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego)

Uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na moje pytania dotyczące badania MR, jednocześnie zostałem/am poinformowany/a o celu i przebiegu badania, które zostanie wykonane, jak również o wszystkich możliwych i zagrożeniach związanych z wykonaniem w/w badania. Uzyskałem/am informacje o zaniechaniu badania oraz o metodach alternatywnych. Zapoznałem/am się z treścią ulotki DO/U/1 „Badania MR w Pracowni Diagnostyki Obrazowej- pacjent ambulatoryjny”

.....
podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na badanie

.....
podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego)