



Pacjent w czasie badania MR przebywa w stałym, bardzo silnym polu magnetycznym, dlatego **NIE MOŻE POSIADAĆ ŻADNYCH PRZEDMIOTÓW METALOWYCH ORAZ INNYCH PRZEDMIOTÓW WRAŻLIWYCH NA DZIAŁANIE TEGO POLA** jak zegarki, aparaty słuchowe, urządzenia elektroniczne (np. pompa insulinowa), **karty magnetyczne**, nośniki magnetyczne, **telefony komórkowe**, klucze, spinki do włosów.

UWAGA

!PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW!

	TAK	NIE
Czy miał Pan/Pani kiedykolwiek wykonane badanie MR (rezonans magnetyczny)?		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? (lęk przed małymi pomieszczeniami)		
Czy występują reakcje alergiczne (na leki, środki kontrastowe, inne)?		
Czy Pan/Pani choruje na niewydolność nerek?		
Czy choruje Pan/Pani na: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową? (Jeśli tak, proszę zaznaczyć którą)		
Czy jest Pani w ciąży?		

Czy Pan/Pani posiada:	TAK	NIE
Rozrusznik serca		
Sztuczną metalową zastawkę serca		
Wewnątrzczaszkowe klipsy metalowe		
Neurostymulatory		
Metalowe fragmenty lub opłuki w gałce ocznej, protezę oczną		
Aparat słuchowy wszczepiony w ucho wewnętrznym lub środkowym		
Inne metaliczne ciała w głowie, implanty słuchowe		
Metalowe klipsy operacyjne w tętnicach i żyłach, filtry, stenty		
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Metalowe wszczepy ortopedyczne (śruby, płytki, gwoździe, inne)		
Metalowe protezy stawów i kończyn		
Metalowe odłamki w ciele lub skórze, kule		
Mostki zębowe, protezy , retainer, aparat ortodontyczny		
Inne wszczepione metale lub urządzenia (np. pompa insulinowa)		
Tatuaż, trwałe makijaż		
Wszczepioną metalową wkładkę domaciczną (spirala)		
NAZWISKO I IMIĘ:	PESEL:	
TELEFON:	WAGA:	WZROST:
Proszę o wykonanie badania rezonansu-:		(wpisać badaną część ciała)

Bezwzględny **przeciwwskazaniem do badania** jest **sztuczny rozrusznik serca, neurostymulatory, aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym**. Do pełnej wartości badania czasami jest wymagane podanie dożylnie lub do stawu środka kontrastowego. Po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje alergiczne lub zapalne, jednak korzyści wynikające z podania kontrastu istotnie przewyższają możliwe wystąpienie powikłań.

Wyrażam zgodę na podanie dożylnie środka kontrastowego i oświadczam, że nie choruję na niewydolność nerek lub inne choroby dotyczące układu moczowego(czytelny podpis)

*Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego i w razie potrzeby zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja, anonimowe wykorzystanie wyniku badania do celów naukowych oraz udział studentów UMB w trakcie wykonywania mojego badania. Pacjent ponosi odpowiedzialność za uszkodzenie aparatu lub jego części wynikające z niezastosowania się do poleceń osoby wykonującej badanie. **Niepotrzebne skreślić*

Data: Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna:.....