

# EURODENT Sp. z o. o. Racibórz ul. Gen. J. Bema 5

## PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię.....

Pesel..... Data urodzenia.....

Adres.....

Wzrost..... m

Waga.....kg

Telefon.....

Badanie/okolica ciała:.....

cel badania/dane kliniczne/co badanie ma wyjaśnić

.....

Lekarz kierujący.....

### **INFORMACJE DLA PACJENTA**

Rezonans magnetyczny jest nieinwazyjnym badaniem diagnostycznym pozwalającym na szczegółową diagnostykę organizmu przy wykorzystaniu fal radiowych i pola magnetycznego przetworzonych w obraz. Istnieją względne i bezwzględne przeciwwskazania do badania w polu dlatego prosimy uważnie przeczytać informacje oraz odpowiedzieć na pytania zawarte w ankiecie. Większość badań MR nie wymaga specjalnego przygotowania, ważne aby do pomieszczenia z aparatem MR wejść w ubraniu pozbawionym metalowych elementów (klamry, guziki, spinki, nie należy wносить kluczy, telefonów, kart magnetycznych, dokumentów, zegarka oraz biżuterii.) Nie wolno wchodzić do pracowni MR osobom z rozrusznikiem serca. O innych wszczepionych do ciała protezach, śrubach, blaszkach, klipsach chirurgicznych itp. zespoleniach należy poinformować personel pracowni. Każda kobieta-pacjentka powinna poinformować o istniejącym prawdopodobieństwie ciąży. Na badanie głowy przychodzimy bez makijażu.

### **UWAGA! DO POMIESZCZENIA Z APARATEM MR WCHODZIMY TYLKO POD NADZOREM PRACOWNIKA PRACOWNI**

Podczas badania pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Czas badania od 20-60 min. Podczas badania wymagane jest leżenie bez ruchu, gdyż wpływa to na jakość badania. Badanie jest bezbolesne. W przypadku niektórych badań wymagane jest podanie środka kontrastowego (paramagnetyk). Rzadko występują reakcje alergiczne na środek kontrastowy, działania niepożądane związane z podaniem środka kontrastowego to np. krwaki i ból w miejscu wkłucia, przejściowym zaburzeniem smaku, bólem głowy, rumieniem na skórze, drapaniem w gardle, nudnościami, spadkiem bądź wzrostem ciśnienia. Przeciwwskazaniem do podania środka kontrastowego może być niewydolność nerek objawiająca się m.in. podwyższonym poziomem kreatyniny w surowicy krwi. Na podanie kontrastu wymagana jest zgoda pacjenta.

**KWESTIONARIUSZ przed badaniem MR/ proszę zakreślić właściwą odpowiedź**

(wszystkie podane informacje objęte są tajemnicą lekarską)

- Czy ma Pan/i klaustrofobię?.....TAK.....NIE  
Wcześniejsze badania TK, MR.....TAK.....NIE  
Wszczepiony rozrusznik serca.....TAK.....NIE  
Ciała metaliczne w organizmie.....TAK.....NIE  
podać jakie, z jakiego metalu wykonane, gdzie zlokalizowane.....  
.....  
Przebyte operacje.....TAK.....NIE  
jakie? kiedy?.....  
Założone w czasie zabiegu metalowe elementy.....TAK.....NIE  
jakie? gdzie? (implant słuchowy, sztuczna zastawka serca, metalowa endoproteza, proteza zębowa,  
zastawka w korze mózgowej, stenty, itp.).....  
.....  
Czy mogą być metalowe opiłki w oku(obecność metalowych opiłków w oku lub innych  
metalowych elementów w organizmie może spowodować ciężkie uszkodzenie ciała w trakcie  
badania rezonansu magnetycznego) .....TAK.....NIE  
Czy ma Pan/i alergię? Na co?.....TAK.....NIE  
Czy jest Pani w  
ciąży?.....TAK.....NIE  
Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek badanie z podaniem dożylnego środka  
kontrastowego?.....TAK.....NIE  
Czy wystąpiły reakcje alergiczne?.....TAK.....NIE  
jakie objawy?.....  
Czy wyraża Pan/i zgodę na podanie środka kontrastowego?.....TAK.....NIE

Zgoda pacjenta na badanie:

Racibórz, dnia..... podpis pacjenta.....

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego z podaniem środka kontrastowego. Zostałem/łam poinformowany o ewentualnych powikłaniach, jakie mogą wystąpić po podaniu środka kontrastowego. W pełni rozumiem treść powyższego oświadczenia i nie wnoszę zastrzeżeń.

Data, podpis pacjenta/ opiekuna prawnego.....

KARTA MR/ wypełnia pracownik-technik/ NR badania MR..... Płyta CD.....

Data badania.....Rodzaj badania.....

Środek kontrastowy/ nazwa, ilość/.....

Uwagi.....

SEKWENCJE:.....,00.....

Technik:.....Lekarz radiolog.....