

REZONANS MAGNETYCZNY - ANKIETA OGÓLNA

Nazwisko: Imię:

PESEL: Data badania:

Waga: Wzrost:

Kreatynina: GFR

(w przypadku badań z podaniem środka kontrastowego)

Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty?

(mogą one ulec uszkodzeniu, przemieszczeniu lub nagraniu w polu magnetycznym)*

TAK

NIE

Rozrusznik serca (stymulator, ICD, elektrody)

Klips naczyniowy, stapler, klips chirurgiczny

Filtry, spirale wewnątrznaczyniowe

Implant ślimakowy lub uszny

Protezę gałki ocznej (uraz, opłuki)

Port naczyniowy, zastawkę neurochirurgiczną

Pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków

Protezę zębową, mostek, metalowe zęby

Implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, gwoździe, płytki)

Czy jest Pani w ciąży? (jeśli tak proszę, podać który tydzień)

Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?

Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek?

Czy jest Pan/Pani uczulony/a na jakiegokolwiek środki farmaceutyczne?

Jakie?

.....

.....

TAK

NIE

Czy miał/a Pan/i wykonane operacje?

Jakie i kiedy?

.....

.....

.....

.....

Zgoda na badanie MR

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na badanie metodą REZONANSU MAGNETYCZNEGO. Jednocześnie potwierdzam, że zawarte powyżej odpowiedzi są zgodne z moją wiedzą o stanie mojego zdrowia.

Poinformowany/a o ryzyku ewentualnych powikłań, wyrażam zgodę na dożylną podanie środka kontrastowego w trakcie badania.

Data: Czytelny podpis pacjentki/pacjenta*:

Podpis przedstawiciela ustawowego**:

Oświadczenie do badania MR z podaniem środka kontrastowego

Oświadczam, że zapoznałam/em się z działaniami niepożądanymi, jakie mogą wystąpić po dożylnym podaniu środka kontrastowego i wyrażam zgodę na jego podanie.

1. Informujemy, że po podaniu kontrastu mogą wystąpić niepożądane reakcje: zawroty głowy, senność, zaburzenia widzenia i smaku, pokrzywka, świąd, niepokój, uczucie duszności, uczucie ciepła lub gorąca, zaczerwienienie w miejscu podania lub krwiak, krwawienie w miejscu wkłucia, bóle głowy, pleców lub ból w klatce piersiowej, nudności, wymioty, obrzęk powiek, twarzy, krtani, zatrzymanie czynności oddechowej, nagły i znaczny spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zatrzymanie czynności serca.
2. Po podaniu środka kontrastowego pacjent pozostaje w poczekalni ok. 30 min. W przypadku złego samopoczucia należy zgłosić się do personelu medycznego.
3. W pierwszej dobie po badaniu zaleca się wypicie ok. 2,5 litra wody niegazowanej.
4. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

Data: Czytelny podpis pacjentki/pacjenta:

Oświadczenie dla pacjentek/ów wykonujących badanie w ramach NFZ

Ja, niżej podpisana/ny oświadczam, że w dniu wykonania badania MR nie podlegam opiece długoterminowej i hospitalizacji. Oświadczam również, że w dniu wykonania badania MR nie wykonałam/tem badań diagnostycznych MR w ramach NFZ w innych podmiotach leczniczych. Przyjmuję do wiadomości (na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), że w przypadku oświadczenia nieprawdy pokryję pełny koszt wykonywanego badania zgodnie z obowiązującym cennikiem (dotyczy badań NFZ).

Data: Czytelny podpis pacjentki/pacjenta:

* podpis pacjenta wymagany powyżej 18 r.ż. i pomiędzy 16-18 r.ż.

** podpis przedstawiciela ustawowego wymagany poniżej 16 r.ż. pomiędzy 16-18 r.ż. i u pacjenta ubezwłasnowolnionego.

Wypełnia Pacjent/ka

Do badania Pacjent/ka dostarczył/a:

CD klisze dokumentację papierową

Oświadczam, że ww. treść jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Informujemy, że wyniki badania wydajemy pacjentowi/pacjentce lub osobie upoważnionej przez pacjenta/kę (wymagane upoważnienie pisemne złożone osobiście w rejestracji). Niedostarczenie przez pacjenta w dniu badania wyników poprzednich badań uniemożliwia lekarzowi opisującemu porównanie obrazów aktualnych z wcześniejszymi.

Data: Czytelny podpis pacjentki/pacjenta:

Wypełnia personel OPEN:

Zapoznałam/em się z treścią niniejszej ankiety i skierowania:

Data badania:

Podpis pielęgniarki:

Podpis technika:

Podpis lekarza:

Informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kazimierza Wielkiego 24/26, zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
2. Inspektorem ochrony danych osobowych u Administratora jest Piotr Wojtyś, e-mail: wojtys.piotr@open.poznan.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą celem świadczenia usług medycznych (w tym rejestracji na te usługi). Pani/Pana dane mogą być przekazane jedynie do jednostek opieki zdrowotnejwspółrealizujących lub kontynuujących świadczenie medyczne, podmiotów zajmujących się obsługą informatyczną Administratora oraz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne do świadczenia usług medycznych.
5. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w przepisach dotyczących czasu przechowywania dokumentacji medycznej.
8. Pełny tekst klauzuli informacyjnej jest dostępny pod adresem: RODO, Cookies - OPEN Poznań.