

REZONANS MAGNETYCZNY SERCA - ANKIETA

Nazwisko: Imię:

PESEL: Data badania:

Rezonans magnetyczny to badanie wykorzystujące nieszkodliwe dla organizmu ludzkiego pole **magnetyczne** i fale radiowe do uzyskania obrazów ciała ludzkiego. Badanie jest nieinwazyjne.

W badaniach serca wymagane jest podanie kontrastu przez wenflon wprowadzony do żyły obwodowej.

Czasami konieczne jest podanie leku w celu wykonania obciążenia farmakologicznego.

TAK

NIE

Czy miał/a Pan/i wykonywane badanie rezonansem magnetycznym?

Jeśli tak, proszę podać datę badania:

Czy w czasie badania rezonansu wystąpiły jakiegokolwiek problemy?

Jeśli tak, proszę wskazać jakie:

Czy choruje Pan/i na niewydolność nerek?

Czy jest Pani w ciąży?

Czy ma Pan/i klaustrofobię?

Czy ma Pan/i chorobę serca?

Jeśli tak, proszę wskazać jaką:

Czy przebył/a Pan/i zawał serca?

Jeśli tak, proszę wskazać datę:

Czy ma Pan/i wszczepione stenty w naczyniach wieńcowych?

Czy miał/a Pan/i operację kardiochirurgiczną?

Jeśli tak, proszę wskazać jaką:

Czy ma Pan/i wadę wrodzoną serca?

Jeśli tak, proszę wskazać jaką:

Czy ma Pan/i wszczepioną protezę zastawki serca (sztuczną)?

Czy przebył/a Pan/i zapalenie mięśnia sercowego?

Czy ma Pan/i założone wymienione poniżej przedmioty?

	TAK	NIE
stymulator serca lub kardiowerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klips naczyniowy, stapler, klips chirurgiczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
implant ślimakowy lub uszny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
protezę gałki ocznej, opłuki metalowe w jej obrębie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
port naczyniowy, zastawkę neurochirurgiczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, gwoździe, płytki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest Pan/i uczulona na jakiegokolwiek środki farmaceutyczne/leki? Jeśli tak, proszę wymienić jakie: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy przyjmuje Pan/i leki na stałe? Jeśli tak, proszę wymienić jakie: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zgoda na badanie rezonansu magnetycznego serca:

Ja niżej podpisany/na 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 dożylne podanie środka kontrastowego w trakcie badania.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów statystycznych.

Zgodę podpisałem/am w obecności personelu pracującego w pracowni i miałem/am możliwość zadawania pytań.

Data: Czytelny podpis pacjentki/pacjenta:

Konieczne jest dostarczenie dokumentacji medycznej dotyczącej przebytych chorób (wypisy ze szpitala, opis badania echokardiograficznego, EKG, opisy wcześniej wykonanych badań obrazowych – zwłaszcza rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej. Jeżeli to możliwe na płycie CD).