

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MRI/CT:

NIEKTÓRE PRZEDMIOTY METALOWE POSIADANE PRZEZ PACJENTA W TRAKCIE BADANIA MOGĄ NARAZIĆ NA UTRATĘ ZDROWIA LUB ŻYCIA.

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu magnetycznym co oznacza, że nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola takie jak: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, nośniki magnetyczne, telefony komórkowe.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW.

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu. Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni przez kilkadziesiąt minut. Makijaż może uniemożliwić lub znacznie obniżyć jakość badania głowy. Do badania MRI prosimy o ubiór nie zawierający dodatków metalowych (suwaki, zatrzaski itp.), oraz o nie zakładanie biżuterii.

Czy pacjent posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, plastikę kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki. Odpowiedź "tak" oznacza że Pacjent nie może być poddany badaniu MRI.	TAK	NIE
Czy pacjent posiada wszczepy takie jak: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne, (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	TAK	NIE
Czy pacjent posiada: protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opłuki w ciele (zwłaszcza w oku, oczach) (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	TAK	NIE
Czy pacjent miał wykonywane jakiegokolwiek operacje, jeżeli tak proszę wymienić:	TAK	NIE

*Dotyczy pacjentów wykonujących badania w ramach NFZ

* Czy Pani/Pan w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu	TAK	NIE
* Czy Pani/Pan posiada aktualnie ważne ubezpieczenie zdrowotne	TAK	NIE
* Czy Pani/Pan wyraża zgodę, aby wynik badania został wydany poza Panią/Panem osobie wskazanej za okazaniem dokumentu tożsamości	TAK	NIE

ZGODA PACJENTA (rodziców, opiekunów lub pełnomocników) NA WYKONANIE BADANIA CT/MRI/ANGIO /zakreślić właściwe

W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych, (jeśli tak proszę wymienić na jakie:)	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na: choroby tarczycy, nerek, wątroby, astmę, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonywane badanie CT/MRI/ANGIO z użyciem środka kontrastowego	TAK	NIE
Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania CT/MRI/ANGIO wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe	TAK	NIE
- dotyczy kobiet: czy pacjentka jest w ciąży	TAK	NIE

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie w/w badania.

.....
podpis pacjenta

W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj.zł.
zgodnie z cennikiem Centrum Medycznego.

.....
podpis pacjenta