

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY PRZED WYKONANIEM BADANIA MRI



neoscan

Wszystkie dane zawarte w kwestionariuszu są danymi medycznymi -
podlegają tajemnicy lekarskiej i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

UWAGI DOTYCZĄCE BADANIA

Pacjent, w trakcie badania MRI znajduje się w silnym polu magnetycznym, w związku z czym **NIE MOŻE posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz wrażliwych na jego działanie.**

Zabronione jest wnoszenie do pracowni: kluczy, monet, aparatów słuchowych, kart magnetycznych, telefonów komórkowych, zegarków itp. W przypadku uszkodzenia wyżej wymienionych przedmiotów pracownia nie ponosi za to odpowiedzialności.

Badanie trwa - zależnie od badanej okolicy - kilkanaście do kilkudziesięciu minut i towarzyszy mu duży hałas. Bardzo istotną kwestią jest fakt, iż Pacjent w trakcie badania musi pozostać w bezruchu - każdy ruch negatywnie wpływa na jego wartość diagnostyczną.

**BEZWZGLĘDNYM PRZECIWSKAZANIEM DO BADANIA JEST POSIADANIE ROZRUSZNIKA SERCA,
NEUROSTYMULATORA LUB IMPLANTU WYKONANEGO Z FERROMAGNETYCZNEGO METALU.**

Nazwisko i imię:

Pesel: Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu: Data badania:

Waga:kg

Wynik badania (proszę wybrać jedną opcję):

- odbiorę osobiście
- proszę o przesłanie wyniku na adres e-mail:
- odbierze upoważniona przeze mnie osoba tj.:
- proszę o wysłanie pocztą na adres zamieszkania podany powyżej

Zakres badania:

Badanie płatne przez:

Pacjenta

NFZ

Medicover

Signal Iduna

Za badanie płatne pacjent zobowiązuje się uiścić opłatę w wysokości:

Wywiad dotyczący schorzenia (proszę opisać, co się dzieje, od kiedy, czy był uraz itp.):

.....
.....
.....

Bardzo prosimy o uważne wypełnienie ankiety i zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi, **znakiem X** w odpowiednim wierszu i podkreślenie elementu, którego dotyczy.

	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy występują u Pana/Pani zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia?		
Czy występowała u Pana/Pani nagła utrata świadomości?		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię lub inne stany lękowe?		
Czy miał/a Pan/Pani wykonywane wcześniej badanie MRI?		
Czy podawano środek kontrastowy?		
Czy występowały reakcje alergiczne na środki kontrastowe?		
Czy występują u Pana/ Pani choroby przewlekłe? Jeśli tak, proszę podać jakie		
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani wykonywane operacje? Jeśli tak, proszę podać jakie.....		
Czy w dniu wykonywania badania objęty/a jest Pan/Pani leczeniem szpitalnym?		
Czy posiada Pan/Pani aktualne ubezpieczenie zdrowotne?		
Czy choruje Pan/Pani na: padaczkę, choroby nerek (niewydolność), cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, astmę		
Czy posiada Pan/Pani w obrębie swojego ciała:		
• rozzrusznik serca		
• wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe		
• zastawki komorowe lub rdzeniowe, sztuczne zastawki serca		
• neurostymulatory, implant słuchowy		
• protezy zębowe, mostki zębowe, implanty zębowe, metalowe opilki, odłamki		
• pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki		
• metalowe protezy stawów , protezy kości lub klamry stymulujące ich wzrost		
• metalowe wkładki domaciczne		
• inne wszczepione metalowe elementy proszę podać jakie.....		
Wyrażam zgodę na badanie rezonansem magnetycznym		
W przypadku konieczności wykonania badania z dożylnym podaniem środka kontrastowego wyrażam na to zgodę		

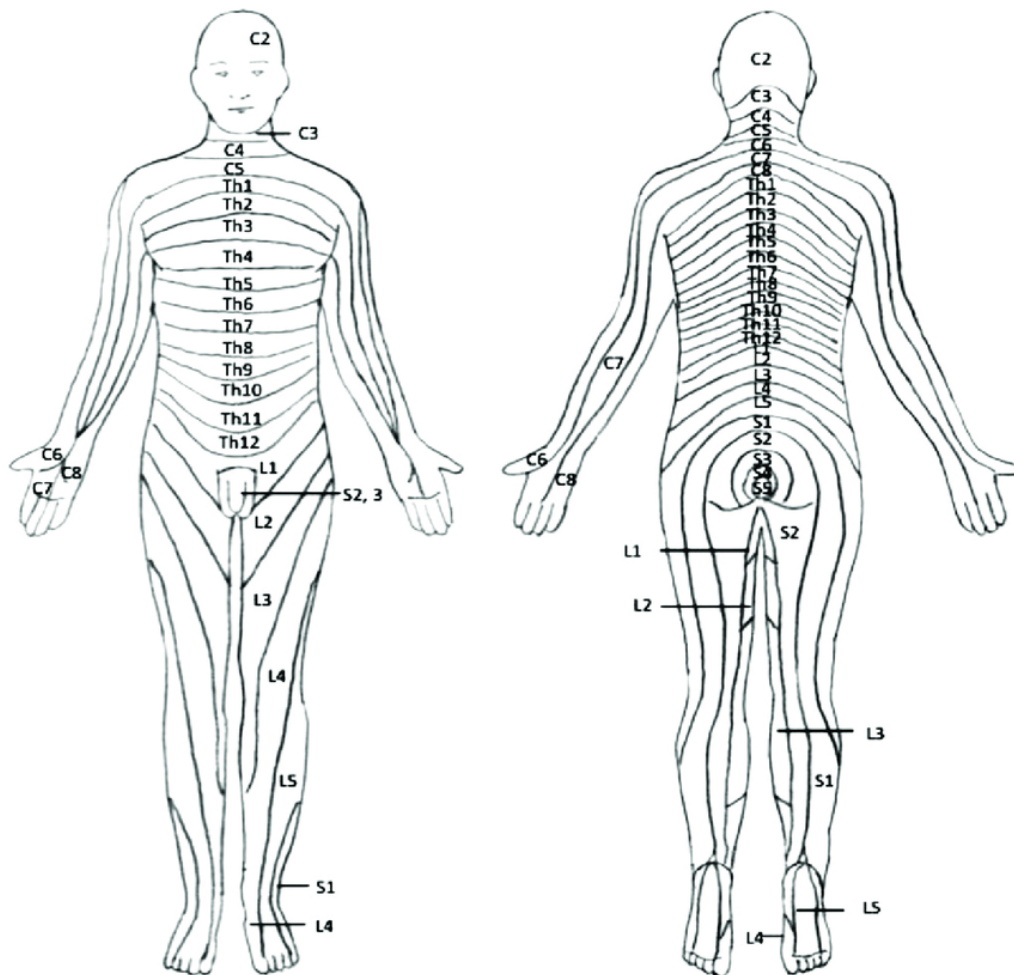
Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem, zrozumiałem/am i biorę pełną odpowiedzialność za informacje podane w kwestionariuszu. Potwierdzam ich zgodność ze stanem faktycznym oraz, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc w pełni świadomym/ą wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji. Jednocześnie potwierdzam, że personel placówki w sposób zrozumiały i niepozostawiający wątpliwości wyjaśnił przebieg badania, omówił jego całkowite koszty oraz związane z nim ryzyko wystąpienia powikłań.

.....
Miejsce, data, Czytelny podpis Pacjenta

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu medycznym, w celu przeprowadzenia badania rezonansem magnetycznym oraz stworzenia opisu radiologicznego. Administratorem danych jest VITA-SKAN Sp. z o. o. ul. Krakusa 3-5, lok.2, 53-319 Wrocław. Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie - wymaga formy pisemnej.

.....
Miejsce, data, Czytelny podpis Pacjenta

Ankieta – zespoły bólowe (do wiadomości lekarza opisującego)



- Czy ból promieniuje (TAK/NIE)*.

Jeśli TAK to proszę zaznaczyć strzałką promieniowanie bólu.

- Ból jest po stronie PRAWEJ/ LEWEJ*
- Kiedy wystąpił pierwszy raz? _____

- Czy ból występuje cały czas (TAK/NIE).

Jeśli NIE to jak często pojawia się ból (ile razy w ciągu dnia/tygodnia/miesiąca) i jak długo trwa epizod bólu (kilka minut/godzin):

Jaki jest charakter bólu (PIEKĄCY/PARZĄCY/KŁUJĄCY/UCISKAJĄCY)*