

**RODAMED**Centrum Diagnostyki Obrazowej i  
Lekarzy Specjalistów**ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ  
REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

data badania: ..... / ..... / 20.....r.

<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
<b>DATA URODZENIA</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
<b>NUMER TELEFONU</b>	
<b>WAGA PACJENTA</b>	
<b>RODZAJ BADANIA MR (okolica badana)</b>	

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

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu elektromagnetycznym 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, 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.

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne. **PROSIMY O WSTAWIENIE „X” POD WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDZIĄ.**

	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Dotyczy kobiet:</b> Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?		
Czy posiada Pan/Pani wszczepy elektroniczne bądź magnetyczne tj.: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, płytka kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki)? <b>Jeśli TAK, proszę podkreślić właściwe.</b> Odpowiedź TAK oznacza, że pacjent nie może być poddany badaniu MRI.		
Czy posiada Pan/Pani wszczepy tj.: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne? <b>Jeśli TAK, proszę podkreślić właściwe.</b>		
Czy posiada Pan/Pani: protezy kości implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opłuki w ciele (zwłaszcza w oku)? <b>Jeśli TAK, proszę podkreślić właściwe.</b>		
Czy posiada Pan/Pani: protezę zębową, aparat stomatologiczny, retainer, implant zębowy, implant słuchowy? <b>Jeśli TAK, prosimy podkreślić.</b>		
Czy miał Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek operacje? <b>Jeśli TAK, proszę wymienić.</b> .....		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię (lęk przed przebywaniem w małych zamkniętych pomieszczeniach)?		
Czy choruje Pan/Pani na choroby nerek, astmę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, padaczkę, cukrzycę, niewydolność nerek? <b>Jeśli TAK, proszę podkreślić właściwe.</b>		
Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pan/Pani reakcje alergiczne na podanie <u>środków farmaceutycznych</u> ? <b>Jeśli TAK, proszę wymienić na jakie?</b> .....		
	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?		

	TAK	NIE
Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania MRI wystąpiły u Pana/Pani <u>reakcje uczuleniowe</u> ?		
W przypadku wykonania badania z podaniem środka kontrastującego dożylnie: <b>WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE KONTRASTU</b>		
Oświadczam, że zapoznałem/am się z polityką prywatności stosowaną przez Rodamed Centrum Diagnostyki Obrazowej i Lekarzy Specjalistów Sp. z o.o. w Turku. Rozumiem wskazane tam zasady i podstawy prawne dotyczące przetwarzania danych osobowych, a także swoje uprawnienia wynikające z RODO oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Niezależnie od tego oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących m.in. dane wskazane przeze mnie w stosowanych przez RODAMED CDOiLS sp. z o.o. ankietach i formularzach oraz wyniki zleconych przeze mnie badań, w celu realizacji świadczeń medycznych, kontroli i monitoringu oraz sprawozdawczości wykonanego badania.		

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:**

- Przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje. Oświadczam jednocześnie, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań, oraz że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie wyczerpujące odpowiedzi. Znałem mi są wszelkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania. Zgodę na badanie wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/am wystarczającą ilość czasu.
- Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomy/ą wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.
- Zostałem/łam poinformowany/a o ewentualnych powikłaniach podania środka kontrastowego. Możliwe powikłania po podaniu środka kontrastowego: zaczerwienienie skóry, wysypka, świąd, nudności, wymioty, przyspieszony rytm serca, skurcz oskrzeli, zatrzymanie oddechu i pracy serca, wstrząs anafilaktyczny, zapaść sercowo-naczyniowa, spadek/zanik ciśnienia krwi, z możliwością zgonu badanego pacjenta.
- Nie posiadam w ciele części metalowych po zabiegach operacyjnych (implantów), takich jak: rozrusznik serca, stenty, klipsy naczyniowe, szwy metalowe (również po operacjach laparoskopowych), protezy stawowe, zębowe oraz inne.

**Data i podpis pacjenta:**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Rodamed Centrum Diagnostyki Obrazowej i Lekarzy Specjalistów z siedzibą: 62-700 Turek, ul. Korytkowska 2, adres email: rejestracja@rodamed.pl, tel.: 63 306 70 33

**ADNOTACJA PIELĘGNIARKI I LEKARZA PROWADZĄCEGO BADANIE:**

Rodzaj badania: .....

Rodzaj, dawka i seria kontrastu: .....

.....  
Podpis pielęgniarki

.....  
Podpis lekarza prowadzącego

**OPIS OBJAWÓW NIEPOŻĄDANYCH I ZASTOSOWANE LECZENIE:**

Rodzaj badania: .....

Rodzaj, dawka i seria kontrastu: .....

.....  
Podpis pielęgniarki

.....  
Podpis lekarza prowadzącego