



ul. Katowicka 66A
45-060 Opole
NIP 754-25-57-814
REGON 531420768

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII W OPOLU
im. prof. T. Koszarowskiego

Ankieta dotycząca wykonania badania Rezonansu Magnetycznego Piersi



tel. 077/441 60 01
fax. 077/441 60 03
sekretariat@onkologia.opole.pl
www.onkologia.opole.pl

Dokument będący integralną częścią dokumentacji medycznej pacjenta

Ankieta badania MR Piersi

nazwisko i imię:

PESEL:

wzrost: cm

waga: kg

Podczas badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Dla poprawnej diagnozy, konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego (paramagnetyku), który (bardzo rzadko) może wywołać reakcję alergiczną.

Bezwzględnie przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego serca (rozsuszniaka).

Nie zaleca się wykonywania badań MR w I trymestrze ciąży.

Do pomieszczenia badania nie wolno wносить żadnych metalowych i magnetycznych przedmiotów jak np.: telefony, zegarki, karty magnetyczne, długopisy, klucze, zapalniczki, bransoletki, naszyjniki, kolczyki, klipsy, spinki do włosów itp. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów, uszkodzenie aparatu, narazić na niebezpieczeństwo pacjenta i obsługę urządzenia.

Zaznaczyć prawidłową odpowiedź

Czy w przeszłości wykonane były badania MR piersi (podać kiedy i gdzie)? TAK NIE

Czy ma Pani wszczepiony rozrusznik serca, kardiowerter – defibrylator? TAK NIE

Czy może mieć Pani metalowe opiłki w oku? TAK NIE

Obce ciała metaliczne w organizmie? (jakie, gdzie zlokalizowane, z jakiego materiału wykonane, np.: endoproteza, wkładka domaciczna, sztuczna zastawka serca, zastawka w komorze mózgowej, implant słuchowy, pompa insulinowa, proteza zębowa, biżuteria, itp.): TAK NIE

Czy były wykonywane zabiegi operacje? (krótko opisać jakie i kiedy): TAK NIE

Czy choruje Pani na: nerki, cukrzycę, astmę oskrzelową, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, chorobę wieńcową? (podać rozpoznanie lub objawy): TAK NIE

Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa ciążę? TAK NIE

Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

Czy stosuje / stosowała Pani terapię hormonalną? TAK NIE

Czy kiedykolwiek wystąpiła reakcja na środki kontrastowe, leki i inne czynniki? (krótko opisać): TAK NIE

Zgadzam się na dożylnie podanie środka cieniującego (kontrastu) TAK NIE

.....
data

.....
podpis pacjenta/pacjentki lub prawnego opiekuna

WYPEŁNIA PRACOWNIK

ankieta została sprawdzona i przyjęta:

UWAGI:

data: podpis: