

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon, kod, nazwa komórki organizacyjnej,  
numer identyfikacyjny / umowy / świadczeniodawcy:

DATA

**PŁATNOŚĆ**

- SZPITAL
- NFZ
- PRYWATNE

**SKIEROWANIE DO PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Proszę o wykonanie badania MR (rodzaj badania): .....

Nazwisko i imię pacjenta: ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia: ..... PŁEĆ  K  M Ciężar ciała (kg): ..... wiek: .....

Adres domowy: .....

Nr telefonu: ..... Stan pacjenta: .....

Rozpoznanie / w jęz. polskim/: .....

..... kod ICD-10: 

--	--	--

Nazwisko lek. kierującego oraz nr tel.: .....

Cel badania, uzasadnienie, dolegliwości pacjenta: .....

Badania dotychczas wykonane: .....

**Data rejestracji:**

dnia ..... godz. ....

**Wyznaczony termin:**

dnia ..... godz. ....

(Data, pieczęć i podpis lekarza kierującego)

**UWAGI**

- Badanie MRI nie może być wykonane u chorych z:
  - wszczepionym elektrostymulatorem serca;
  - metalicznym ciałem obcym w obrębie gałki ocznej lub innych tkanek miękkich;
  - implantem ślimakowym;
  - objawami klaustrofobii.
- Nie zaleca się wykonywania badań MRI u pacjentek w ciąży (zwłaszcza w I trymestrze).
- Z uwagi na możliwość dożylniej iniekcji środka kontrastowego, pacjent powinien zgłosić się do badania na czczo (5 godz. bez jedzenia, 3 godz. bez picia, palenia papierosów).
- Badanie nie może być wykonane u pacjentów nie współpracujących (małe dzieci, chorzy niespokojni, chorzy nie wypełniający poleceń, chorzy nieprzytomni).
- Prosimy o dostarczenie w dniu badania historii choroby oraz oryginału skierowania. W przypadku badania osób niepełnoletnich wymagana jest pisemna zgoda rodziców lub opiekunów oraz ich obecność w trakcie badania.
- Druk proszę wypełnić pismem maszynowym lub ręcznym drukowanymi literami. Skierowanie niepełne lub wypełnione nieczytelnie nie zostanie przyjęte.

Nazwisko i imię pacjenta: .....

PESEL

PŁEĆ  K  M

	tak	nie
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany/a badaniu MR?		
Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy?		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne, np. opiłtek, odłamek, itp.?		
Czy miał/a Pan/Pani uraz oka spowodowany metalicznym ciałem obcym, np. opiłkiem, odpryskiem, wiórem metalowym?		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: <b>cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową?</b>		
Czy zgadza się Pan/Pani na udzielenie informacji odnośnie nosicielstwa wirusa HIV, WZW B lub WZW C?		
Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV, WZW B lub WZW C?		
Czy cierpi Pan/Pani na hemofilię lub zaburzenia krzepliwości krwi?		
Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek, choroby nerek?		
Czy jest Pan/Pani uczulony na leki? Jeśli tak, to jakie?		

\*PROSZĘ PODKREŚLIĆ WŁAŚCIWE

**Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty (niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagrzanu):**

	tak	nie
Implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
Rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika		
Klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne		
Stenty, spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe		
Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
Implantowaną sztuczną zastawkę serca		
Protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe		
Port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną		
Protezę zębową, most, metalowe zęby, itp.		
Protezę kończyny lub stawu, jakiekolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki, itp.		
Makijaż trwały		
Tatuaż		

\*PROSZĘ PODKREŚLIĆ WŁAŚCIWE

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe wg mojej najlepszej wiedzy. Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość tego formularza i miałem(-am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Zostałem(-am) poinformowany(-a) przez lekarza kierującego o możliwości powikłań związanych z badaniem oraz z podaniem środka kontrastującego i mimo to **WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM\*** świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego oraz **WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM\*** świadomą zgodę na dożylną podanie środka kontrastującego. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastującego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niedokończonej/niepełnej diagnozy spowodowanej nie podaniem środka kontrastującego.

\*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

DATA I PODPIS PACJENTA/RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

DATA, PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA KIERUJĄCEGO

**WYPEŁNIA LEKARZ RADIOLOG EURODIAGNOSIS**

Pacjent może zostać poddany badaniu MR: **TAK**  **NIE**

Kontrast: **TAK**  **NIE**

**UWAGI** .....

DATA, PODPIS LEKARZA RADIOLOGA