

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

DATA BADANIA	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	WAGA	<input type="text"/>
IMIĘ I NAZWISKO	<input type="text"/>	TELEFON	<input type="text"/>								WZROST	<input type="text"/>

Prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje w nim zawarte objęte są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

Czy u Pana / Pani kiedykolwiek wystąpiły następujące objawy:

- TAK NIE Nagłe utraty przytomności
 TAK NIE Stany lękowe

- TAK NIE Czy miał Pan / Pani kiedykolwiek wcześniej wykonywane badanie MR?
 TAK NIE Czy miał Pan / Pani kiedykolwiek wykonywane badanie MR z podaniem środka kontrastowego?
 TAK NIE Czy po poprzednich badaniach pojawiły się reakcje alergiczne (np. pokrzywka, wymioty, złe samopoczucie, itp.)
 TAK NIE Czy wystąpiły kiedykolwiek u Pana / Pani reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy?
 TAK NIE Czy jest Pani w ciąży?

Proszę potwierdzić lub wykluczyć występowanie poniższych chorób:

- TAK NIE Choroby nerek (np. niewydolność)
 TAK NIE Choroby układu nerwowego (padaczka, itp.)
 TAK NIE Cukrzyca



Metal w ciele! Elementy metalowe mogą wpływać na bezpieczeństwo pacjenta i jakość obrazu!

Czy Pan / Pani posiada:

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Rozrusznik serca | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Jakiegokolwiek metalowe elementy w ciele (szczególnie w gałce ocznej). |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Sztuczne zastawki serca | | |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Metalowe protezy stawów |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Zastawki komorowe lub rdzeniowe | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Metalowe szwy, klipsy chirurgiczne |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Stymulatory (serca, neurostymulatory) | | |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Implanty słuchowe | | |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Metalowe mostki zębowe | | |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Inne wszczepione metalowe elementy | | <input type="text" value="Jakie?"/> |

UWAGA!

1. **Bezwzględnie poinformuj pracownika Quadia jeżeli posiadasz jakikolwiek stymulator m.in. rozrusznik serca, neurostymulator, implant ślimakowy lub inny.**
2. **Wykonanie badań MR w ciąży (zwłaszcza w pierwszym trymestrze) wymaga oświadczenia o braku przeciwwskazań od lekarza prowadzącego ciążę.**
3. **Jeżeli pacjent nie jest w stanie wykonywać poleceń technika przeprowadzającego badanie, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.**
4. **W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub wykonanych z nieznanego materiału, koniecznie poinformuj o tym pracownika Quadia.**

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Oświadczam, że nie posiadam w ciele żadnych elementów metalowych poza tymi, które wymieniłem w niniejszej ankiecie na stronie 1.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania metodą rezonansu magnetycznego.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na dożylną podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin.

TAK NIE

Oświadczam, że jestem poinformowany/a o całkowitych kosztach badania uwzględniających środek kontrastowy.

Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków. Jednocześnie jestem świadomy/a ewentualnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z zatajenia informacji o stanie mojego zdrowia.

Oświadczam jednocześnie, że jestem poinformowany/a o przebiegu planowanego badania oraz związanego z nim potencjalnego ryzyka oraz możliwości wystąpienia powikłań. Oświadczam, że uzyskałam/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu.

(czytelny podpis pacjenta)

Zgoda na otrzymywanie wyników badań drogą elektroniczną

Chcę otrzymywać wyniki badań drogą elektroniczną na wskazany w ankiecie adres e-mail lub przez portal zbadani.pl. Wyniki są elektronicznie zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych.

TAK NIE

(adres email)

(czytelny podpis pacjenta)

Zgoda na wykorzystanie zanonimizowanej dokumentacji medycznej do celów naukowych, badawczych i rozwojowych.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich w pełni zanonimizowanych danych medycznych (w tym obrazów z badania) do celów edukacyjnych, badawczych, naukowych, rozwojowych i szkoleniowych. Dzięki tej zgodzie przyczyniasz do rozwoju medycyny, zwiększenia świadomości pacjentów i lepszego przygotowania pracowników służby zdrowia.

TAK NIE

(czytelny podpis pacjenta)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych w celu świadczenia usługi medycznej, w tym o przysługującym prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania. Oświadczam również, że podanie tych danych było dobrowolne.

(czytelny podpis pacjenta)

Chcę otrzymywać informacje na temat świadczonych usług i ich promocji przez Quadia Sp. z o.o. Sp. k. (zgodę można w każdej chwili wycofać).

Drogą elektroniczną TAK NIE

Drogą telefoniczną TAK NIE

(czytelny podpis pacjenta)

Upoważnienie osoby trzeciej do odbioru wyniku badania i dokumentacji medycznej

Niniejszym upoważniam:

(imię, nazwisko, PESEL lub nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

Panią / Pana

do odbioru w moim imieniu wyniku badania rezonansem magnetycznym wraz z towarzyszącą mu dokumentacją medyczną.

(czytelny podpis pacjenta)