

Chorzowskie Centrum Pediatrii i Onkologii im. Edwarda Hankego  
ul. Truchana 7 41-500 Chorzów, tel: 32 34 90 000  
I cz. Systemu kodów resortowych: 000000013943  
Wielospecjalistyczne Centrum Diagnostyczno – Terapeutyczne w Pediatrii i Onkologii  
Pracownia Diagnostyki Obrazowej i Izotopowej 03  
Dział MNR 045

**ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

NAZWISKO i IMIĘ: .....

PESEL: ..... / DATA URODZENIA: .....

WAGA .....

---

Uwaga! Cięża jest przeciwwskazaniem do dożylnego podania środka kontrastowego w czasie badania MR.  
Jeśli istnieje jakiegokolwiek podejrzenie ciąży należy wykonać test ciążowy w celu jej wykluczenia.

**DLA KOBIET:** Oświadczam, na podstawie wykonanego testu , że: **nie jestem w ciąży**  
**jestem w ciąży**

Czy Pani karmi piersią? **TAK NIE**

---

1. Oświadczam, iż w dniu dzisiejszym zgłaszając się na badanie MR nie jestem hospitalizowana/y, ani na przepustce z innego szpitala .

2. Czy jest Pani/Pan uczulony/a na leki, pokarmy, środki chemiczne? **TAK NIE**

Jeśli tak proszę wymienić jakie: .....

3. Czy choruje Pani/Pan na nerki? **TAK NIE**

4. Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie?, niewydolność krążenia?, chorobę wieńcową?, zaburzenia rytmu serca?\*

**TAK NIE**

5. Oświadczam, że w ciągu 3 godzin nie przyjmowałam/em pokarmów **TAK NIE**

6. Oświadczam, że nie posiadam w organizmie elementów takich jak: rozrusznik serca, stenty, by-pass'y, implant ślimakowy, opłuki, śruby lub płytki metalowe.

7. Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowania leków.

8. Jestem poinformowany o możliwości wystąpienia powikłań po dożylnym podaniu kontrastu:

Powikłania łagodne :nudności, łagodne wymioty, pokrzywka, świąd, łzawienie, kichanie

Powikłania umiarkowane: ciężkie wymioty, wyraźnie widoczna pokrzywka, skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy/ krtani, napad wazowagalny

Powikłania ciężkie: wstrząs ze znacznym spadkiem ciśnienia, zatrzymanie czynności oddechowej, drgawki, zatrzymanie akcji serca

Powikłania późne: NSF – nerkopochodne zwłóknienie układowe NSF

9. Wyrażam zgodę / nie wyrażam\* zgody na badanie rezonansu magnetycznego (MR).

10. Wyrażam zgodę / nie wyrażam \* zgody na dożylne podanie środka kontrastowego.

Data i podpis pacjenta (dotyczy również pacjentów powyżej 16 r.ż.) .....

Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego.....

Na wszystkie pytania proszę odpowiedzieć — Tak lub Nie lub podkreślić prawidłową odpowiedź.

W razie jakichkolwiek niejasności proszę zajrzeć na stronę internetowa [www.chcpio.pl](http://www.chcpio.pl) zakładka Pracownia Diagnostyki Obrazowej i Izotopowej lub dopytać w dniu badania.

**WYPEŁNIA PERSONEL PRACOWNI**

1. NAZWISKO i IMIĘ: .....

2. Pomiary: waga pacjenta ..... RR .....

3. Badania laboratoryjne: Poziom kreatyniny .....

Klirens kreatyniny(GFR).....

4. Dotyczy kobiet w wieku rozrodczym:

data ostatniej miesiączki .....

wynik testu ciążowego (pacjentki na oddziale ChCPi O.....

5. Dodatkowe uwagi dotyczące stanu pacjenta .....

.....

.....  
podpis pielęgniarki

6. Rodzaj badania / Zlecenie lekarza

.....  
podpis lekarza

7. Pozostawiona do wglądu dokumentacja:

Klische

Płyty CD

Wypisy/opisy

.....  
podpis technika

### Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich

Imię i Nazwisko: ....., Pesel: .....

Nazwa leku Dawka Droga podania	Data: .....		
	Podpis lekarza	Godzina podania	Podpis pielęgniarki