

Badanie MR ANKIETA

WYPEŁNIA PRACOWNIK	
☐ PŁYTA WYDANA	☐ CITO
☐ OPIS NA MAILA	☐ OPIS PAPIEROWY
NR. BADANIA:	

D	D	M	M	R	R	R	R

DATA BADANIA

--

IMIĘ I NAZWISKO

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

PESEL

--

KOD POCZTOWY

--

MIEJSCOWOŚĆ

--

ADRES ZAMIESZKANIA

--

NUMER TELEFONU

D	D	M	M	R	R	R	R

DATA URODZENIA

--

WAGA

--

WZROST

--

RODZAJ BADANIA (CZĘŚĆ CIAŁA)

--

ROZPOZNANIE, GŁÓWNE DOLEGLIWOŚCI (CO BADANIE MA WYJAŚNIĆ?)

.....
Podpis osoby obsługującej pacjenta

.....
Podpis Pacjenta

WYPEŁNIA PRACOWNIK		
ZLECENIE LEKARSKIE NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO	Adnotacje dodatkowe	
Gadovist 1,0 mmol/ml Nazwa środka kontrastowego	ml Ilość podana dla pacjenta	Kreatynina:..... GFR:.....
..... Podpis i pieczęćka zlecającego	 Podpis osoby podającej kontrast	 Podpis osoby wykonującej badanie

ZGODA NA WYKONANIE BADANIE MRI

Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni przez kilkanaście 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 niezakładanie biżuterii. 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 jak: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, telefony komórkowe.

PRACOWNIK NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW

	TAK	NIE
Czy pacjent posiada rozrusznik serca?		
Czy pacjent posiada odłamki metalowe lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oku, oczach)?		
Czy pacjent posiada elektroniczny implant słuchowy lub neurostymulator?		
Czy pacjent posiada pompę insulinową, lub inne urządzenie elektroniczne podające leki?		
Czy pacjent posiada protezy zębowe?		
Czy pacjent posiada implant zębowy?		
Czy pacjent posiada aparat ortodontyczny?		
Czy pacjent posiada protezy stawów?		
Czy pacjent posiada śruby ortopedyczne w ciele lub inne zespolenia metalowe kości?		
Czy pacjent posiada stentgraft aortalny?		
Czy pacjent posiada stenty wewnątrznaczyniowe?		
Czy pacjent posiada klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe lub spirale embolizujące?		
Czy pacjent posiada filtry naczyniowe?		
Czy pacjent posiada sztuczną zastawkę serca?		
Czy pacjent posiada inne wszczepy metalowe, elektroniczne w ciele? Jeśli TAK to jakie? 		
Czy pacjent miał wykonywane operacje? Jeżeli TAK to jakie? 		
Dotyczy kobiet: czy pacjentka jest w ciąży?		

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem ww. badania. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie ww. badania.

.....
Podpis Pacjenta

ZGODA PACJENTA NA BADANIE MRI Z KONTRASTEM

Środek kontrastowy podawany jest z dostępu żylnego z zastosowaniem wenflonu. Kontrast do rezonansu magnetycznego jest innym preparatem niż środek cieniujący do tomografii komputerowej i nie zawiera w swojej budowie jodu, lecz pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. Jest to także preparat niejonowy, niskoosmolarny, o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla Pacjenta. Środki kontrastowe zastosowane w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki. Nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.

	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek pacjent miał wykonywane badanie MR z użyciem kontrastu?		
Czy po podaniu środka kontrastowego użytego w badaniu wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
Czy pacjent choruje na niewydolność nerek lub inne choroby nerek?		
Czy pacjent choruje na astmę?		
Czy pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze?		
Czy pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze?		
Czy pacjent choruje na zaburzenia rytmu serca?		
Czy pacjent choruje na padaczkę?		
Czy pacjent choruje na cukrzycę?		
Czy pacjent przyjmuje leki na stałe? Jeśli TAK to jakie?		
Czy pacjent przyjmował ostatnio jakieś leki? Jeśli TAK to jakie?		
Czy pacjent jest uczulony na jakieś leki? Jeśli TAK to na jakie?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie leków? Jeśli TAK to na jakie?		

Częstotliwość występowania powikłań po podaniu preparatów gadolinowych w rezonansie magnetycznym jest mniejsza niż po podaniu środków jodowych w tomografii komputerowej i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy pamiętać, że każdy stosowany środek kontrastowy, jako substancja obca dla organizmu, może spowodować reakcje uboczne takie jak: odczyny skórne, wysypki, pieczenie, swędzenie, błądźci skóry, pokrzywka, nudności, wymioty, zaburzenia smaku, ból głowy, uczucia gorąca, uczucia zmęczenia, a wyjątkowo wstrząs.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem ww. badania. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie ww. badania z kontrastem i podania mi dożylnie środka kontrastowego.

.....
Podpis Pacjenta

Grudziądz
data

Oświadczenie

Oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe pole)

☐

UPOWAŻNIAM

Imię i nazwisko:

PESEL lub data urodzenia:

Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

☐

NIE UPOWAŻNIAM żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Grudziądz
data

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez „J.K.-21” Sp. z o.o. z siedzibą w Grudziądzu przy ul. Legionów 21/23 w celu:

- ☐ KORZYSTANIA Z USŁUG MEDYCZNYCH „J.K.-21” SP. Z O.O.
- ☐ OTRZYMYWANIA ZA POŚREDNICTWEM TELEFONII KOMÓRKOWEJ INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PLANOWANEGO BADANIA ORAZ DOSTĘPNOŚCI OPISU BADANIA
- ☐ ZGODY NA PRZESŁANIE WYNIKÓW BADAŃ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

.....

ADRES E-MAIL DO WYSŁANIA WYNIKÓW BADAŃ

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO*, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałam/zostałem również poinformowana/ny o celu zbierania danych przez „J.K.-21” Sp. z o.o., dobrowolności ich podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom z wyłączeniem podmiotów upoważnionych na podstawie odrębnych upoważnień i/lub umów i/lub porozumień.

OŚWIADCZAM IŻ WW. DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM

.....
Czytelny podpis pacjenta

Grudziądz
data

KLAUZULA INFORMACYJNA

Wynikający z przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest „J.K.-21” Sp. z o.o. z siedzibą w Grudziądzu 86-300, przy ulicy Legionów 21/23. Pracownia Rezonansu Magnetycznego, tel. 566 330 005, adres e-mail: rezonans@przychodnie-grudziadz.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania badania za pomocą rezonansu magnetycznego w oparciu o podstawę prawną i w określonym czasie.
3. Dane osobowe przetwarzane będą przez czas wynikający z obowiązujących przepisów prawa.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu wykonania powyższych badań. W przypadku niepodania danych, nie będzie możliwe wykonanie ww. badań.
5. Administrator danych nie będzie przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych
6. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych będzie przysługiwał: pracownikom/współpracownikom Administratora upoważnionym do ich przetwarzania na podstawie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych oraz podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych, z zachowaniem wszelkich gwarancji zapewniających bezpieczeństwo przekazywanych danych.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, a także prawo do przenoszenia danych, chyba że Administrator zobowiązany jest do przechowywania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa nakazujących ich przechowywanie.
8. Niezależnie od powyższego, każdemu przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. W przypadku wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych każda osoba może zwrócić się do Spółki z prośbą o udzielenie informacji.

.....
Czytelny podpis pacjenta

ANKIETA BÓLOWA DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO
kręgosłupa lub stawów

Imię i nazwisko Pacjenta:

1. Badany obszar (proszę zaznaczyć):

☐ Staw: (proszę wpisać jaki staw)

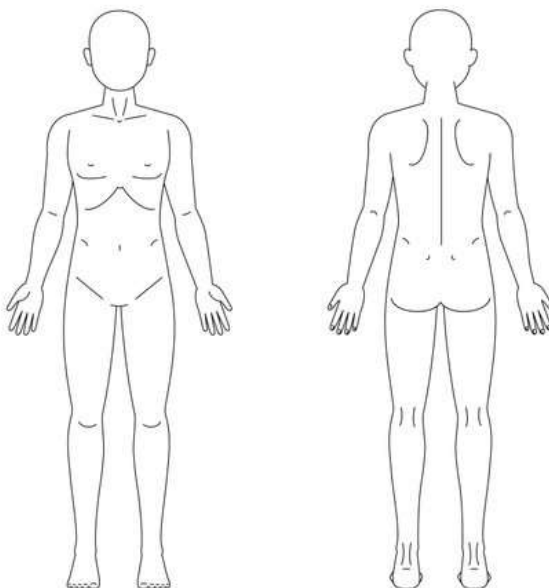
☐ prawy ☐ lewy

☐ Kręgosłup: (proszę wpisać który odcinek)

2. Dolegliwości bólowe (proszę zaznaczyć):

- Czy odczuwasz ból? ☐ TAK ☐ NIE
- Lokalizacja bólu: ☐ Lewa strona ☐ Prawa strona ☐ Obie strony
- W jakiej pozycji / przy jakim ruchu ból się nasila?.....
- Jakiego ruchu nie można wykonać?.....
- Inne dolegliwości:.....

Proszę narysować lokalizację i promieniowanie bólu



3. Czy doznał/a Pan / Pani urazu badanego obszaru?

☐ NIE

☐ TAK, proszę podać kiedy i w jaki sposób:.....

4. Czy badany obszar był poddany zabiegowi operacyjnemu?

☐ NIE

☐ TAK, proszę podać kiedy i jaki rodzaj zabiegu:

.....
