

SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Pracownia Rezonansu Magnetycznego przy Oddziale Klinicznym Reumatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr
J. Bizielewskiego w Bydgoszczy

Pieczęć zakładu kierującego
Data wystawienia skierowania

nr badania:
data wykonania:

Nazwisko i imię pacjenta		PESEL	
Telefon kontaktowy	Adres		
Waga	Województwo	Oddział NFZ	

Zakres badania np. nadgarstek, stawy śródnieczno-paliczkowe, staw łokciowy, staw skokowy, staw kolanowy	
Rozpoznanie kliniczne	Kod ICD 10
Krótki wywiad	
Przebyte operacje	

Prosimy o załączenie wyników badań (w przypadku badań obrazowych pożądana jest dokumentacja obrazowa)

Wyniki badań odbierze:

- ☐ Pacjent
☐ Rodzina
☐ Lekarz
☐ Pielęgniarka

☐
☐
☐

Termin badania wyznaczono na:	
data:	godzina:

Lekarz kierujący

Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Czy jest Pani/Pan uczolony/a na środki kontrastowe lub leki? | ☐ tak | ☐ nie |
| 2. Czy choruje Pani/Pan na chorobę nerek? | ☐ tak | ☐ nie |
| 3. Czy jest Pani w ciąży? | ☐ tak | ☐ nie |
| 4. Czy jest Pani matką karmiącą piersią? | ☐ tak | ☐ nie |

Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do wykonania badania prosimy o określenie, czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. rozrusznik serca | ☐ tak | ☐ nie |
| 2. sztuczne zastawki serca | ☐ tak | ☐ nie |
| 3. wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe | ☐ tak | ☐ nie |
| 4. zastawki komorowe lub rdzeniowe | ☐ tak | ☐ nie |
| 5. neurostymulatory | ☐ tak | ☐ nie |
| 6. implant słuchowy | ☐ tak | ☐ nie |
| 7. metalowe opilki w ciele lub skórze | ☐ tak | ☐ nie |
| 8. metalowe protezy zębów | ☐ tak | ☐ nie |
| 9. metalowe mostki zębowe | ☐ tak | ☐ nie |
| 10. metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) | ☐ tak | ☐ nie |
| 11. metalowe szwy chirurgiczne | ☐ tak | ☐ nie |
| 12. inne wszczepione metale | ☐ tak | ☐ nie |

Wyrażam zgodę na badanie Rezonansu Magnetycznego i dożylną podanie środka kontrastowego.

data oraz podpis pacjenta

podpis lekarza

Uwagi:

1. Wykonanie badań MR w ciąży (zwłaszcza jej pierwszym tryestrze) należy ograniczyć do ważnych wskazań medycznych.

2. Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta:

- stymulatora serca oraz wszystkich innych biostymulatorów
- wewnętrznych protez słuchowych
- klipsów naczyniowych (np. po operacjach tętniaka)
- metalicznego ciała obcego w oku

3. Czas badania MR wynosi 30-60 minut i wymagane jest bezwzględne leżenie bez ruchu

UWAGA: jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie, to konieczne jest wcześniejsze ustalenie z pracownią MR terminu oraz zasad badania w obecności anestezjologa.

4. Zakład zastrzega sobie wszelkie prawa autorskie dotyczące wyników badań. Ich publikacja wymaga zgody Kierownika Zakładu.

Oświadczenie: nie jestem w ciąży i nie posiadam żadnych elementów metalowych poza wyżej wymienionymi.

Uwaga:

Podczas badania nie można mieć przy sobie telefonów komórkowych, kart magnetycznych oraz cyfrowych nośników danych (pendrive'y, dyskietki, płyty CD, itp.)

podpis pacjenta lub jego prawnego opiekuna
potwierdzający zapoznanie się z ww. uwagami

Wypełnia pracownia diagnostyczna:

Lekarz badający

Technik badający

Data badania

Rodzaj badania

Podany kontrast: