

1

### Informacje o Pacjencie Patient's information

Imię Name	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Nazwisko Family name	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Numer PESEL PESEL No	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Data urodzenia Date of birth	<input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/>
Tylko jeśli Pacjent nie podał numeru PESEL / Only if Patient has not provided PESEL number.			
Numer telefonu Telephone number	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

2

### Kwestionariusz przed badaniem rezonansu magnetycznego MRI (Magnetic Resonance Imaging) questionnaire

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

Please fill in the following questionnaire. All medical information is subject to doctor-patient confidentiality and will be used strictly for medical purposes.

Waga  
Weight

   kg

Czy jest Pani w ciąży?  
Are you pregnant? Tak  Nie   
Yes No

Czy występują u Pani/Pana zaburzenia rytmu, niewydolność krążenia?  
Have you suffered from cardiac arrhythmia, circulatory failure? Tak  Nie   
Yes No

Czy występowała u Pani/Pana nagła utrata świadomości?  
Have you suffered from sudden loss of consciousness? Tak  Nie   
Yes No

Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobie lub inne stany lękowe?  
Have you suffered from claustrophobia or other anxiety states? Tak  Nie   
Yes No

Czy choruje Pani/Pan na niewydolność nerek?  
Have you suffered from kidney failure? Tak  Nie   
Yes No

Czy choruje Pani/Pan na padaczkę?  
Have you suffered from epilepsy? Tak  Nie   
Yes No

Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:  
Do you have any of the following in your body:

Rozrusznik serca, neurostymulatory?  
Pacemakers/ neurostimulators? Tak  Nie   
Yes No

Metalowe opiłki w ciele lub skórze?  
Metal filings in the body or skin? Tak  Nie   
Yes No

Implant słuchowy?  
Auditory implants? Tak  Nie   
Yes No

Sztuczne zastawki serca?  
Artificial heart valves? Tak  Nie   
Yes No

Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe?  
Intracranial vascular clips? Tak  Nie   
Yes No

Zastawki komorowe lub rdzeniowe?  
Cerebral ventricular shunts or CSF shunt systems? Tak  Nie   
Yes No

Metalowe protezy stawów?  
Metal joint prostheses? Tak  Nie   
Yes No

Metalowe mostki zębowe?  
Metal dental bridges? Tak  Nie   
Yes No

Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)?  
Metal intrauterine devices (coils, other IUDs)? Tak  Nie   
Yes No

Metalowe szwy chirurgiczne?  
Metal surgical sutures? Tak  Nie   
Yes No

Inne wszczepione metale?  
Other implanted metals?

Tak  Nie   
Yes No

Proszę wymienić jakie?  
Please specify what?

Czy wstyępują u Pani/Pana reakcje alergiczne (uczulenie na środki kontrastowe, leki i inne)?  
Have you suffered from any allergic reactions (allergies to contrasts, drugs, other)?

Tak  Nie   
Yes No

**3**

### Zasady wykonywania badania rezonansu magnetycznego Principles of MRI examinations

- Wykonanie badań MR w pierwszym trymestrze ciąży należy ograniczyć do ważnych wskazań medycznych.
- Bezzględnymi przeciwwskazaniami 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.
- Czas badania MR wynosi 30 - 60 minut i wymagane jest bezwzględne leżenie bez ruchu.
- Przed badaniem należy pozostawić telefony komórkowe oraz karty magnetyczne. Ich posiadanie przy sobie w trakcie badania grozi uszkodzeniem.
- Często dla poprawnej diagnozy konieczne jest podanie dożylnego środka kontrastowego, który może wywołać reakcje alergiczne (bardzo rzadko).
- MRI should be performed in the first trimester of pregnancy only if there are clear medical indications.
- The following are absolute contraindications for MRI: heart stimulators and any other biostimulators; internal auditory prostheses; vascular clips (e.g. aneurysm surgeries); metallic foreign bodies in the eye.
- MRI lasts 30-60 minutes and patients are required to lie completely still.
- Remove all mobile phones and magnetic cards before MRI; otherwise they may become damaged.
- Frequently, a correct diagnosis requires intravenous contrast administration that may result in an allergic reaction (very rare).

**4**

### Oświadczenia Pacjenta / Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta\* Declaration of the Patient / the Statutory Representative of the Patient\*

Wyrażam zgodę na badanie Rezonansu Magnetycznego i dożylnie podanie środka kontrastowego.  
I consent to have the MRI performed and the contrast administered intravenously.

Treść kwestionariusza jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.  
I understand the content of this questionnaire and confirm that the marked answers are true and accurate.

-   -      
Data  
Date

Podpis Pacjenta  
Patient's signature

Podpis Przedstawiciela Ustawowego  
Statutory Representative's signature

Wyrażam zgodę na przetwarzanie adresów w bazie danych na zasadach określonych przepisami ustawy z dnia 26-08-2002 r. (Dz. U. nr 144, poz. 1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów marketingowych zgodnie z ustawą z dnia 29-08-1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883).

I consent to have my address processed in the database pursuant to regulations of the Act on Provision of E-Services as of 26.08.2002 (Journal of Law No. 144 Sec. 1204), and I consent to have my personal address processed for marketing purposes (pursuant to the Data Protection Act as of 29.08.1997, Journal of Law No. 133 Sec. 883).

-   -      
Data  
Date

Podpis Pacjenta  
Patient's signature

Podpis Przedstawiciela Ustawowego  
Statutory Representative's signature

(\* ) W przypadku pacjentów między 16 a 18 rokiem życia wymagana jest zgoda zarówno małoletniego pacjenta jak i jego przedstawiciela ustawowego, należyście umocowanego do jego reprezentowania.

(\* ) In case of patients aged 16 to 18, consent of both the minor patient and their Statutory Representative (duly authorised to represent this former) is required.

Uprzejmie informujemy, że wynik badania składa się z opisu w wersji papierowej oraz badania nagranego na płytę CD.  
We kindly inform that the result of examination consist of description provided in paper form and examination data recorded onto CD.