

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: 100%;" 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    kg  
Weight    kg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Implant słuchowy? Tak  Nie   
Auditory implants? Yes  No

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

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

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

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

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

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

Metalowe szwy chirurgiczne? Tak  Nie   
Metal surgical sutures? 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.
- 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.
- 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

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