

1

Informacje o Pacjencie Patient's information

Imię Name	<input type="text"/>	Nazwisko Family name	<input type="text"/>
Numer PESEL PESEL No	<input type="text"/>	Data urodzenia Date of birth	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Tylko jeśli Pacjent nie podał numeru PESEL / Only if Patient has not provided PESEL number.			
Numer telefonu Telephone number	<input 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?
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 wszczone metale?
Other implanted metals?

Tak Nie
Yes No

Proszę wymienić jakie?
Please specify what?

Czy występują 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, karty magnetyczne, zegarki oraz wszelkiego rodzaju urządzenia elektroniczne. 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, magnetic cards, watches and all kinds of electronic devices 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
(czytelnie imię i nazwisko)
Patient's signature
(readable first and family name)

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.

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