

## ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO oraz ANKIETA przed badaniem

(Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety)

<b>Imię i Nazwisko:</b> [DRUKOWANE LITERY]	<b>Data badania</b>		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	[Dzień]	[Miesiąc]	[Rok]
<b>Adres zamieszkania:</b>	<b>Nr telefonu:</b>		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miasto:</b>	<b>Wzrost</b>	<b>Waga</b>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>PESEL*:</b>	<b>Adres e-mail:</b> [DRUKOWANE LITERY]		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

\* Pacjenci poniżej 18. roku życia powinni zgłosić się na badanie w towarzystwie rodzica lub opiekuna prawnego.

### 1. RODZAJ BADANIA (BADANA OKOLICA)

### 2. WYWIAD (powód zgłoszenia na badanie, główne dolegliwości, co badanie ma wyjaśnić?)

Badanie metodą Rezonansu Magnetycznego (dalej: RM) może wywołać potencjalne skutki uboczne przede wszystkim przy niestosowaniu się do przeciwwskazań co do jego wykonania. Takimi przeciwwskazaniami są okoliczności wymienione w niniejszym dokumencie. Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania, badanie RM jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.

ANKIETA CZĘŚĆ I		
	TAK	NIE
<b>1. Czy posiada Pan/Pani wszczepy lub urządzenia medyczne?</b> (np. rozrusznik serca, elektrody wewnętrzne, implant ślimakowy, aparat słuchowy, pompa insulinowa, urządzenie/sensor do pomiaru poziomu cukru, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, stenty, bajpasy, aparaty na zębach, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne i inne). Jeśli TAK – proszę podkreślić właściwe lub wpisać jakie: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Czy posiada Pan/Pani protezy, implanty lub elementy metalowe w ciele?</b> (np. protezy kości, zespolenia, implanty, śruby, klamry, odłamki lub opłuki – zwłaszcza w oczach). Jeśli TAK – proszę podkreślić właściwe lub wpisać jakie: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Czy miał/miała Pan/Pani wykonywane zabiegi lub operacje chirurgiczne?</b> Jeśli TAK – proszę podać jakie i kiedy: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Czy choruje Pan/Pani przewlekle? (proszę podkreślić właściwe):</b> cukrzyca (jeśli TAK – proszę podać stosowane leki: .....), astma, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, padaczka, jaskra, inne: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Czy ma Pan/Pani choroby lub problemy z nerkami?</b> (np. niewydolność, dializoterapia). Jeśli TAK – proszę podkreślić właściwe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię</b> (lęk przed przebywaniem w ciasnych, zamkniętych przestrzeniach)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.(Dotyczy kobiet) Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa ciążę?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PROSZĘ UZUPEŁNIĆ, JEŚLI BADANIE MA ODBYĆ SIĘ Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO**
**Możliwe działania niepożądane po podaniu środków kontrastowych:**

- LEKKIE: nudności, wymioty, pokrzywka, świąd skóry, chryпка, kaszel, kichanie, obfite pocenie się, uczucie ciepła;
- Umiarkowane: omdlenie, ciężkie wymioty, rozlega pokrzywka, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli;
- CIĘŻKIE: drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia.

oraz **powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu** i wynacznieniem środka kontrastowego poza żyłę: • uszkodzenie naczynia krwionośnego • zator lub zakrzep w naczyniu żylnym • rozwarstwienie naczynia żylnego • lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacznienia środka kontrastowego poza żyłę • zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

**Proszę wpisać znak „X” przy odpowiedniej odpowiedzi**

TAK	NIE
-----	-----

8. Czy wyraża Pan/Pani świadomą zgodę na podanie środka kontrastowego?		
--	--	--

9. Czy jest Pan/Pani minimum 2 godziny na czczo?		
--	--	--

10. Czy kiedykolwiek miał(-a) Pan/Pani wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?		
---	--	--

11. Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe?		
--	--	--

12. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe na inne leki lub środki farmaceutyczne. Jeśli TAK – proszę podać nazwę leku/środka i rodzaj reakcji: .....		
--	--	--

**OŚWIADCZENIA I ZGODA NA BADANIE – DLA WSZYSTKICH PACJENTÓW**

**Oświadczam, że** podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz że nie zataiłem(-am) żadnych istotnych informacji mających wpływ na bezpieczeństwo badania MRI.

**Jestem świadomy(-a), że podanie nieprawdziwych danych może mieć wpływ na wynik badania oraz moje zdrowie.**

.....  
**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO\*\*\***

**Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z powyższymi informacjami i w pełni je zrozumiałem(-am).** Jednocześnie potwierdzam, że miałem(-am) nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka oraz potencjalnych powikłań, i że uzyskałem(-am) na nie wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem powyższego badania.

.....  
**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO\*\*\***

**ZGODA NA BADANIE BEZ KONTRASTU**

**Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania,** po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem(-am) wystarczającą ilość czasu. Zostałem(-am) poinformowany(-a) w sposób dla mnie zrozumiały o przebiegu badania i przeciwwskazaniach.

.....  
**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO\*\*\***

**ZGODA NA BADANIE Z KONTRASTEM**

**Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego,** po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem(-am) wystarczającą ilość czasu. Zostałem(-am) poinformowany(-a) w sposób dla mnie zrozumiały o przebiegu badania, przeciwwskazaniach oraz możliwych powikłaniach związanych z podaniem środka kontrastowego.

.....  
**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO\*\*\***

\*\*\* Małoletni < 16 lat lub ubezwłasnowolniony całkowicie – podpisuje opiekun; Małoletni 16–18 lat – podpisują pacjent i opiekun prawny

<b>ANKIETA CZĘŚĆ II – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH</b>			
Proszę wpisać znak „X” przy odpowiedniej odpowiedzi		TAK	NIE
<b>Zgoda na przetwarzanie danych osobowych</b>			
<p><b>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych objętych niniejszym formularzem</b> przez Centrum Medyczne Astoria Spółka z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Józefa Mehoffera 122.</p> <p><b>Podanie danych jest dobrowolne, jednak brak zgody uniemożliwia wykonanie usługi.</b> Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do: wglądu i poprawiania swoich danych, aktualizacji i uzyskania kopii danych, pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych wraz z uzasadnieniem.</p> <p>Dane osobowe są przetwarzane w celu: realizacji usług medycznych, weryfikacji podczas umawiania wizyt, kontaktu telefonicznego lub e-mailowego w celu potwierdzenia rezerwacji, odwołania lub zmiany terminu, przesyłania informacji dotyczących przygotowania do badań.</p> <p><b>Administrator danych osobowych:</b>          Centrum Medyczne Astoria Sp. z o.o., ul. Józefa Mehoffera 122, Warszawa.          Inspektor Ochrony Danych: Krzysztof Zakrzewski, tel.: 606 213 134.</p>			
<b>Zgoda na kontakt e-mail</b>			
<p><b>Wyrażam zgodę</b> na przesyłanie na wskazany przeze mnie adres e-mail moich danych oraz wyników badań diagnostycznych w formie elektronicznej. Przyjmuję do wiadomości, że korespondencja e-mailowa może być przesyłana bez dodatkowego szyfrowania, a wyniki badań mogą być udostępniane w plikach zabezpieczonych hasłem.</p>			
<b>Zgoda na kontakt telefoniczny</b>			
<p><b>Wyrażam zgodę</b> na kontakt telefoniczny oraz przesyłanie wiadomości SMS przez Centrum Medyczne Astoria Spółka z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 122, w tym na wykorzystanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, w celu potwierdzenia rejestracji oraz przekazywania informacji organizacyjnych związanych z przygotowaniem do badań.</p>			

Ja niżej podpisany(-a) oświadczam, że: przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) powyższe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych

.....  
**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO\*\*\***

### UPOWAŻNIENIE

**Upoważniam / nie upoważniam\*\*** Pana /Panią: .....

legitymującego/legitymującą się **nr dowodu/ nr PESEL\*** : .....

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielanych świadczeń zdrowotnych, wglądu do dokumentacji medycznej, odbioru wyników badań i kopii dokumentacji medycznej.

**\*\*skreślić niepotrzebne**

.....  
**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO\*\*\***

\*\*\* *Małoletni < 16 lat lub ubezwłasnowolniony całkowicie – podpisuje opiekun; Małoletni 16–18 lat – podpisują pacjent i opiekun prawny*

**Forma odbioru wyniku (proszę zaznaczyć okienko):**

Proszę wysłać na adres e-mail

Odbiorę osobiście w placówce

<b>ANKIETA CZĘŚĆ III - DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ PERSONEL CENTRUM MEDYCZNEGO ASTORIA</b>	
Podpis Elektroradiologa wykonującego badanie	Podpis osoby obsługującej Pacjenta