



Piecątka jednostki kierującej

SKIEROWANIE NA BADANIE MR

Kosztami badania obciążyć:

-
- NFZ
-
- jednostka kierująca
-
- pacjent

Data skierowania:

Imię

Nazwisko

Pesel

Telefon

Adres pacjenta:

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Międzynarodowy Kod Choroby (ICD10):**Rodzaj badania:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MR głowy | <input type="checkbox"/> MR kręgosłupa szyjnego |
| <input type="checkbox"/> MR głowy angio. | <input type="checkbox"/> MR stawu biodrowego (<input type="checkbox"/> prawy/ <input type="checkbox"/> lewy) |
| <input type="checkbox"/> MR kąty mostowo-mózdkowe | <input type="checkbox"/> MR stawu kolanowego (<input type="checkbox"/> prawy/ <input type="checkbox"/> lewy) |
| <input type="checkbox"/> MR kręgosłupa piersiowego | <input type="checkbox"/> MR stawu skokowego (<input type="checkbox"/> prawy/ <input type="checkbox"/> lewy) |
| <input type="checkbox"/> MR kręgosłupa lędźwiowego | <input type="checkbox"/> MR stawu barkowego (<input type="checkbox"/> prawy/ <input type="checkbox"/> lewy) |

 Inne

Dane kliniczne i ewentualne rozpoznanie/ inne ważne informacje/co badanie ma wyjaśnić:

Termin badania:.....

Lekarz kierujący

Uwaga: Proszę o załączenie poprzednich badań oraz zapoznać się z informacjami na odwrocie skierowania. 

UWAGA:

Pacjent podczas badania przebywa w silnym polu magnetycznym, przez co nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola (np. zegarki, telefony komórkowe, urządzenia elektryczne, karty magnetyczne, nośniki magnetyczne).

NZOZ NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIA TAKICH RZECZY

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu.

Badanie wymaga przebywania w bezruchu podczas trwania badania. 15-25 minut

Makijaż może obniżyć jakość badania głowy.

W przypadku konieczności zapewnienia opieki anestezyjologicznej u pacjentów pobudzonych i u dzieci należy wcześniej uzgodnić opiekę zespołu anestezyjologicznego.

Osoby poniżej 18 roku życia zgłaszają się na badanie z osobą pełnoletnią.

Badania planowe odbywają się według ustalonych terminów rejestracji (osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osób trzecich).

Badania w trybie pilnym ustalane są indywidualnie przez lekarza kierującego.

WAŻNE:

Silne pole magnetyczne może spowodować utratę właściwości antykoncepcyjnych wkładki wewnątrzmacicznej.

Nie wykonuje się badań MRI u kobiet w ciąży (pierwszy trymestr) bez ważnego uzasadnienia klinicznego.

PROSIMY WYPEŁNIĆ (zakreślić) czy w ciele pacjenta znajdują się przedmioty, których obecność jest przeciwwskazaniem bezwzględny lub względnym do wykonania badania lub też mogą być źródłem zakłóceń obrazu

1. rozrusznik lub elektrody wewnętrzne (np. przewody po stymulatorach),
2. neurostymulator lub inny biostymulator (implant aktywny mechanicznie, elektronicznie lub magnetycznie np. implant ucha środkowego lub wewnętrznego, pompa insulinowa, inne),
3. sztuczna metalowa zastawka serca,
4. wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe,
5. obecność metalowych ciał obcych oczodołu lub proteza gałki ocznej,
6. inne metaliczne ciała obce w głowie lub badanej okolicy (nie dotyczy protezy i plomb zębowych),
7. klipsy naczyniowe świeżo założone (do 3 miesięcy) u pacjentów po zabiegu chirurgicznym),
8. zastawki w ośrodkowym układzie nerwowym,
9. szwy metalowe i klipsy naczyniowe na sercu i dużych naczyniach.
10. metalowe wszczepy ortopedyczne i metalowe protezy stawów i kończyn,
11. spirale embolizujące i filtry naczyniowe,
12. czy pacjent przebywa/pracuje w środowisku, gdzie znajdują się opiłki metali,
13. czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię.

	TAK	NIE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

Inne metaliczne implanty / szwy / ciała obce.....

Przebyte operacje

OŚWIADCZAM, ŻE PRZECZYTAŁEM/AM POWYŻSZE UWAGI ORAZ PODAŁEM/AM INFORMACJE ZGODNIE ZE STANEM FAKTYCZNYM.

.....
(data, podpis pacjenta)

ZGODA PACJENTA (RODZICÓW, OPIEKUNÓW, PWNOMOCNIKÓW) NA WYKONANIE BADANIA, W TYM PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO (JEŻELI OKAŻE SIĘ KONIECZNE).

.....
(data, podpis pacjenta)

CZY PACJENT/KA W DNIU WYKONANIA BADANIA PRZEBYWA NA LECZENIU W SZPITALU LUB SANATORIUM TAK / NIE

.....
CZYTELNY PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA KIERUJĄCEGO