



ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Nr badania Data badania Płeć:

M	K
---	---

Nazwisko i imię: PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciężar ciała: Dzień cyklu: Wiek:

Rodzaj badania:

Zgłaszane dolegliwości:

	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany badaniu MR?		
Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/ Panią objawy?		
Czy cierpi Pan/ Pani na klaustrofobię (lęk przed małym, ciasnym pomieszczeniem)?		
Czy w wyniku urazu ciałem metalicznym pozostał w organizmie Pana/Pani odłamek/opitek?		
Czy miał Pan/Pani jakieś operacje? Jeśli tak to proszę podać jakie/rok		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, niewydolność nerek?		
Czy jest Pan/Pani uczulony na leki? Jeśli tak, to jakie?		
Czy posiada Pan/Pani wymienione niżej przedmioty (niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagrzananiu):		
• rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika		
• klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne		
• stenty, spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe		
• implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
• implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
• implantowaną sztuczną zastawkę serca		
• protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe		
• port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną		
• protezę zębową, most, metalowe zęby, itp.		
• protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortodontyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki, itp.		
• makijaż trwałe, tatuaż		
• wkładka domaciczna antykoncepcyjna		

W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego, wyrażam zgodę na jego dożylną podanie i jestem świadomy/a możliwości wystąpienia objawów ubocznych (np.: wysypka, nudności, bóle głowy).

.....
data i czytelny podpis pacjenta

Oświadczam, że zrozumiałem/łam całą treść tego formularza i podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania metodą rezonansu magnetycznego.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

Dokumentacja dostarczona przez pacjenta:

CD:	szt.	Opisy badań:	szt.	Karty wypisowe:	szt.	Inne badania:	szt.
-----	------	--------------	------	-----------------	------	---------------	------

Parametry (+data):

Poziom kreatyniny		Brak wyniku	<input type="checkbox"/>
eGFR		Brak wyniku	<input type="checkbox"/>
PSA *		Brak wyniku	<input type="checkbox"/>

Kontrast (wypełnia pielęgniarka):

Nazwa	Ilość	Sposób podania	Podpis pielęgniarki

Podpis osoby wykonującej badanie	Podpis osoby zbierającej wywiad

ZGODA RODO

- Zgodnie z Rozporządzeniem 2016/679 dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie al. Racławickie 23, 20-049 Lublin.
- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@1wzsk.pl
- Pana/Pani dane osobowe przetwarzane na podstawie art. 6 ust.1 lit. B, d i art. 9 ust.2 lit. h RODO
- Celem przetwarzania danych osobowych jest świadczenie usług medycznych, ochrona stanu zdrowia, zarządzanie udzielaniem świadczeń medycznych w 1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Lublinie.
- Dane mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora, w szczególności: laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, serwisem sprzętu medycznego.
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie niezbędnym do zrealizowania celu przez okres wynikający z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017.0.1318)
- Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielania świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.

.....
Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego