

Badanie wykonał: (czytelny podpis technika rtg)		Uwagi wykonującego badanie:
	Numer zlecenia:	Ustalony termin badania:
OŚRODEK ZLECAJĄCY / ODBIORCA WYNIKU Pieczęć: Nr ośrodka kosztów: Telefon:		LEKARZ ZLECAJĄCY BADANIE Pieczęć: Podpis lekarza: Data wystawienia skierowania:
 Szpital Uniwersytecki w Krakowie, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 36, tel. (12) 424-70-00, kod 99-00152 SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR) <i>Zakład Diagnostyki Obrazowej SU - Pracownia MR nr 1, Rejestracja (Kopernika 50), tel. 12 424 77 72, fax 12 424 73 93, Kod: 47</i> <i>Zakład Diagnostyki Obrazowej SU - Pracownia MR nr 2, Rejestracja (Kopernika 19), tel. 12 424 77 65, fax 12 424 77 80, Kod: 47</i>		

Skierowanie proszę wypełnić pismem maszynowym a przed jego wypełnieniem proszę zapoznać się z uwagami na odwrocie.

DANE O PACJENCIE:

Imię i nazwisko: Data urodzenia:
 W przypadku pacjentów NN data i godzina przyjęcia do Szpitala:
 Adres zamieszkania (w tym województwo): tel.: PESEL:
 Dla pacjentów hospitalizowanych nr Księgi Głównej i nr pacjenta w Księdze Głównej:
 Waga pacjenta: kg Pacjent chodzący ☐ / leżący ☐ Badanie pierwsze ☐ / kolejne ☐
 Badanie MR narządu:
 Rozpoznanie kliniczne: ICD-10:
 Co badanie ma wyjaśnić:
 Wywiad:
 Choroby przebyte:
 Badanie przedmiotowe:
 Jeśli badanie MR jest kolejnym wykonywanym w naszej pracowni, proszę podać daty i numery, ponadto dołączyć opisy i obrazy (płyty CD-R, zdjęcia) poprzednich badań obrazowych (TK, MR, USG, RTG, ANGIO) - koniecznie !:.....
 Zabiegi operacyjne, radioterapia:
 Tolerancja wodnych środków kontrastowych:
 Wyniki badań laboratoryjnych (istotne do badania, ew. do znieczulenia):
 Szczególną ostrożność należy zachować w przypadku pacjentów z niewydolnością nerek - koniecznie dostarczyć wyniki oznaczenia eGFR.....
 Prosimy o zapoznanie się z **Formularzem informacyjnym dla lekarza** kierującego dotyczącym badania MR oraz w razie potrzeby udzielenie niezbędnej pomocy pacjentowi w wypełnieniu **Formularza informacyjnego dla pacjenta**.

Będą przyjmowane tylko **kompletne i czytelnie wypełnione** skierowania z dołączoną dokumentacją. Ostateczną decyzję co do celowości badania podejmuje wykonujący je lekarz.

Do badania pacjent powinien zgłosić się na czczo (min. 5 godzin bez przyjmowania pokarmów). W przypadku zażywania stałych leków należy przyjąć je normalnie. W przypadku niektórych badań konieczne jest dożylne ew. doustne podanie środka kontrastowego. Pacjenci w stanie ciężkim winni posiadać pampers. **Pierwszy trymestr ciąży jest przeciwwskazaniem do badania.**

Ciąża jest przeciwwskazaniem do podania środka kontrastowego.

Szanowni Państwo, jeżeli rezygnujecie z badania w przypadku już ustalonego terminu, bardzo prosimy o powiadomienie o tym fakcie rejestrację Pracowni. Umożliwi to wcześniejsze badanie oczekującym w kolejce.

Proszę zapoznać się z przeciwwskazaniami do badania MR i zaznaczyć właściwą odpowiedź w kolumnie.

PRZECIWSKAZANIA	TAK	NIE
Posiadanie rozrusznika serca		
Obecność metalowych wszczepów (śruby, płytki, gwoździe)		
Obecność klipsów naczyniowych (klipsy na tętniaku), stentów lub innych elementów pooperacyjnych.		
Lokalizacja		
Protezy z elementami metalowymi (proteza zębowa ruchoma, stała, kłamry zębowe)		
Proteza oczna, ciała obce w gałce ocznej (np. opilki żelaza)		
Ciąży - trymestr		
Spirala antykoncepcyjna - typ		
Spirala embolizująca		
Pompa insulinowa lub inne urządzenie podające leki		
Neurostymulator lub inne biostymulatory		
Kłamry stymulujące wzrost kości		
Wewnętrzny aparat słuchowy lub plastyka kosteczek słuchowych		
Wszczep ślimaka		
Filtr żyły głównej		
Odłamki metalowe, szwy metalowe		
Tatuaż w badanej okolicy		
Klaustrofobia*		
Waga powyżej 120 kg*		

*nie dotyczy badań wykonywanych w Pracowni MR Nr 2

Oświadczenie o zgodzie na udzielenie świadczenia zdrowotnego

* Niepotrzebne skreślić

Otrzymałem/am pisemną informację na temat **sposobu wykonania** oraz mogących wystąpić **powikłań** w związku z badaniem rezonansu magnetycznego, w tym z podaniem środka kontrastowego, z którą **zapoznałem/am się** i którą **zrozumiałem/am**. Oświadczam, że lekarz kierujący dodatkowo przeprowadził ze mną rozmowę, podczas której poinformował mnie wyczerpująco o zleconym badaniu diagnostycznym – sposobie jego wykonania oraz ryzyku powikłań. Udzieliłem/am lekarzowi informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Mam świadomość, że w przypadku badania z podaniem środka kontrastowego mogą wystąpić **poważne powikłania zdrowotne** ze zgonem włącznie, za co wykonujący badanie nie ponosi odpowiedzialności. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niedokończonej/niepełnej diagnozy spowodowanej nie podaniem środka kontrastowego. Mam świadomość, że w razie podania nieprawdziwych informacji, mogą u mnie wystąpić poważne powikłania zdrowotne ze zgonem włącznie, za co wykonujący badanie nie ponosi odpowiedzialności.

nie mam / **mam przeciwwskazania*** do badania MR

nie jestem / **jestem uczulony/a*** na otrzymywane preparaty diagnostyczne, leki lub inne, jeśli tak, proszę je wymienić:

wyrażam zgodę / **nie wyrażam zgody*** na wykonanie badania diagnostycznego rezonansu magnetycznego
wyrażam zgodę / **nie wyrażam zgody*** na podanie środka kontrastowego

podpis pacjenta:

W razie konieczności wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego zamiast pacjenta (pacjenci małoletni, ubezwłasnowolnieni) dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres i telefon:

podpis przedstawiciela ustawowego:

Opiekun faktyczny nie może wyrazić oświadczenia o zgodzie na udzielanie świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku !

pieczętka i podpis lekarza odbierającego oświadczenie i decydującego o wykonaniu badania: