albert schweitzer

# MRI vragenlijst Pools

# Badanie rezonansem magnetycznym - kwestionariusz

Z badaniem przy pomocy rezonansu magnetycznego (MRI) wiążą się ścisłe zasady.
Z powodu pola magnetycznego badania tego **nie można** przeprowadzać u osób, które mają: **rozrusznik lub kardiowerter-defibrylator serca (ICD), implanty słuchowe, wewnętrzny neurostymulator lub ekspander tkankowy.**

Proszę jak najszybciej udzielić w domu odpowiedzi na poniższe pytania. Jeśli na któreś z pytań od 1. do 12. udzielą Państwo odpowiedzi „Tak", proszę jak najszybciej skontaktować się telefonicznie z Oddziałem Radiologii, nr tel. (0 78) 654 71 90. Proszę skontaktować się z poliklinika Radiologii również, jeśli mają Państwo jakieś wątpliwości. Jest to możliwe od poniedziałku do piątku pomiędzy g. 08:00 a 16:30. Możliwe, że trzeba będzie podjąć dodatkowe środki ostrożności lub odłożyć badanie.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | Czy mają Państwo sztuczną zastawkę serca? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 2. | Czy mają Państwo rozrusznik serca, kardiowerter-defibrylator (ICD) lub wszczepialny rejestrator arytmii (ILR)? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 3. | Czy kiedykolwiek umieszczono w Państwa naczyniach krwionośnych klipsy lub stenty? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 4. | Czy mają Państwo neurostymulator? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 5. | Czy mają Państwo ekspander tkankowy? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 6. | Czy mają Państwo pompę insulinową lub innego rodzaju pompę w organizmie lub na ciele? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| | Czy korzystają Państwo z systemu do monitorowania poziomu glukozy we krwi (plastra)? | | |
| 7. | Czy mają Państwo sztuczną soczewkę, do której użyto metalowych klipsów? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 8. | Czy mają Państwo implanty słuchu? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 9. | Czy mają Państwo implanty magnetyczne w szczęce? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 10. | Czy jest Pani w ciąży lub ciążę podejrzewa? | ❑ Tak | ❑ Nie |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11. | Czy mają Państwo lub kiedykolwiek mieli w oku metalowe odłamki? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 12. | Czy pracują lub pracowali Państwo w przemyśle metalowym? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 13. | Czy mają Państwo w organizmie materiały metalowe lub z tworzywa sztucznego, na przykład protezy? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 14. | Czy kiedykolwiek byli Państwo operowani? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 15. | Czy mają Państwo aparat słuchowy? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 16. | Czy mają Państwo tatuaż? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 17. | Czy mają Państwo piercing? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 18. | Czy mają Państwo plaster leczniczy? | ❑ Tak | ❑ Nie |
| 19. | Czy stosują Państwo maść cynkową? | ❑ Tak | ❑ Nie |

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Waga: _____ kg i wzrost: _____m

**Wypełniony kwestionariusz proszę zabrać ze sobą na wizytę.**