



Pieczętka komórki kierującej z numerem umowy.

Kod Resortowy: Część I – 000000018613, Część V – , Część VII - Część VIII - ,

Gliwice, dnia

Skierowanie do Zakładu
Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Centrum Onkologii –Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział Gliwicach
44-101 Gliwice, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15
Rejestracja tel.: 32 278 93 58

Pracownia Rezonansu Magnetycznego

Badanie MR piersi

Nazwisko i Imię Pacjenta:

Nr PESEL:

Data ur.

Płeć:

MIP:

Adres zamieszkania:

Tel:

Rozpoznanie kliniczne:

Kod ICD 10:

Pacjent w trakcie leczenia systemowego:

NIE / TAK (data rozpoczęcia leczenia, którego skuteczność jest oceniana).....

Radioterapia: NIE / TAK (data zakończenia RT).....

Proszę zaznaczyć wskazanie do badania MR piersi:

Rozszerzenie wyjściowej oceny zaawansowania raka piersi (zgodnie z katalogiem wskazań, po wcześniejszym badaniu MMG i USG)

Rozszerzenie diagnostyki radiologicznej wcześniej wykonanej, zgodnie z decyzją radiologa IO (BI-RADS..... ACR.....). Każda chora w tym wskazaniu musi mieć wykonane MMG i USG, max. 3 miesiące przed wydaniem skierowania

Monitorowanie chemioterapii przedoperacyjnej (zgodnie z katalogiem wskazań)

Skrining w sytuacji bardzo wysokiego ryzyka zachorowania (zgodnie z katalogiem wskazań)

Podejrzenie pęknięcia implantu silikonowego

Szczegółowy opis wskazania:

.....
.....

Poziom kreatyniny.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza kierującego

Proszę wypełnić ankietę na odwrocie!

Nr kuponu:

PROSIMY UWAŻNIE WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ ANKIETĘ:

Pod wpływem pola magnetycznego wymienione poniżej przedmioty mogą przestać prawidłowo funkcjonować, ulec zniszczeniu lub nagrzananiu, jak również spowodować powstanie artefaktów uniemożliwiających wykonanie badania MR. Proszę napisać, czy ma pan/Pani którąkolwiek z poniższych rzeczy:

	TAK	NIE
Rozrusznik serca		
Klipsy ferromagnetyczne na naczyniach sercowych		
Neurostymulator		
Implantowany przyrząd do dawkowania leków		
Implantowany defibrylator		
Stent, filtr naczyniowy		
Zastawka serca		
Proteza gałki ocznej		
Proteza kończyn, implanty ortopedyczne (endoproteza, śruby, druty, klipsy itp.)		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię (lęk przed przebywaniem w małych pomieszczeniach)		
Czy był (-a) Pan/Pani kiedyś zraniony (-a) jakimkolwiek ciałem metalicznym (np. pocisk, odłamek)?		
Czy miał (-a) Pan/Pani kiedyś uraz oka wiórem metalowym, opiłkiem itp.?		
Czy ma Pan/Pani anemię lub inną chorobę krwi?		
Czy ma Pan/Pani chorobę nerek, padaczkę lub alergiczne schorzenie dróg oddechowych?		
Czy miał (-a) Pan/Pani reakcje uboczne po środkach kontrastowych po badaniu MR lub TK?		
Czy jest Pani w ciąży? Niewskazane jest wykonywanie MR w pierwszym trymestrze ciąży.		
Czy jest Pan/Pani uczulony (-a) na leki. Jeśli tak, to na jakie?		

Czy miał (-a) Pan/Pani jakikolwiek zabieg operacyjny?

Jeśli tak, to jaki i kiedy?.....

Waga ciała

Data ostatniej miesiączki.....

Przed badaniem należy usunąć makijaż, protezy zębowe, szpilki do włosów, kolczyki, naszyjniki, zegarki, aparat słuchowy, okulary itp. Informacje uzyskane w tym badaniu mogą być wykorzystane przez personel medyczny, traktowane będą jako poufne.

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe według mojej najlepszej wiedzy. Przeczytałem (-am) i zrozumiałem (-am) całą zawartość tego formularza i miałem (-am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji.

Z uwagi na możliwość awarii aparatu, w przeddzień terminu badania należy telefonicznie upewnić się czy aparat jest czynny.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie badania MR.

.....
Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Oświadczam, że zostałem pouczony o ryzyku grożących mi powikłań związanych z dożylnym podaniem paramagnetycznego środka kontrastowego. Świadomie wyrażam zgodę na jego dożylnie podanie wg. obowiązujących standardów.

Jednocześnie, oświadczam, że miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Data i podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

.....
Rodzaj kontrastu

.....
Ilość podanego kontrastu

.....
Podpis i pieczętka lekarza zlecającego

.....
Podpis i pieczętka pielęgniarki