



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
Instytut Onkologii w Gliwicach
Pracownia Rezonansu Magnetycznego
44 -101 Gliwice, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15
Rejestracja tel.: (032) 278 93 58

Nazwisko i Imię Pacjenta:

MIP:

Nr PESEL:

Data urodzenia:

Płeć:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Badanie MR prostaty z kontrastem

Rozpoznanie kliniczne:

Kod ICD 10:

Wskazanie do badania:

Podejrzenie raka prostaty:

- wynik biopsji, jeżeli była wykonana, data:
- PSA:

Określenie rozległości raka prostaty:

- Wynik biopsji, data:
- Planowane leczenie: - zabieg - RT - inne.....

Wznowa biochemiczna:

- PSA(3 ostatnie badania):

Proszę dołączyć /wpisać do historii choroby:

1. Aktualny poziom kreatyniny.....
2. Wynik badania palpacyjnego gruczołu (DRE).....
3. Aktualny wynik USG- transrektalne gruczołu krokowego (TRUS).....
4. Radioterapia, hormonoterapia (kiedy?).....
5. Leczenie farmakologiczne inne niż hormonoterapia (jakie, kiedy?).....
6. Czy wykonywany był zabieg operacyjny gruczołu krokowego?
(data i wynik hist-pat.).....

Pieczętka i podpis lekarza kierującego

.....

Proszę wypełnić ankietę na odwrocie

Nr kuponu:

PROSIMY UWAGA WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ ANKIETĘ:

Pod wpływem pola magnetycznego wymienione poniżej przedmioty mogą przestać prawidłowo funkcjonować, ulec zniszczeniu lub nagrzanu, 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 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

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

Na badanie można umawiać się telefonicznie,
Tel. nr (032) 278 93 58, a skierowanie przesłać pocztą lub faksem,
Fax nr (032) 278 93 59 lub umówić się osobiście