



ANKIETA PRZED BADANIEM Z FIZJOLOGICZNYM OBCIĄŻENIEM KRĘGOSŁUPA ŁĘDŹWIOWEGO PRZY WYKORZYSTANIU REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Cel badania: Podczas niniejszego badania będziemy starali się odwzorować warunki obciążenia Pana/Pani pleców, tak aby wystąpiły symptomy na które Pan/Pani się skarży. W ten sposób będziemy mogli dokładniej i jaśniej postawić diagnozę w Pana/Pani przypadku. W trosce o Pani/Pana bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie poniższej Ankiety. Wszelkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

1. DANE PACJENTA (proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami)

Imię Nazwisko
PESEL _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok) _ _ - _ _ - _ _
Nr telefonu Waga kg Wzrost cm

2. ANKIETA (proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź)

	TAK	NIE
Czy przebył(a) Pan/Pani ostatnio nagle, mechaniczne uszkodzenie kręgosłupa?	☐	☐
Czy cierpi Pan/Pani na osteoporozę?	☐	☐
Czy występują u Pani/Pana zaburzenia rytmu, niewydolność krążenia?	☐	☐
Czy występowała u Pani/Pana nagła utrata świadomości?	☐	☐
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię (lęk przed ciasnymi pomieszczeniami)?	☐	☐
Czy choruje Pani/Pan na padaczkę?	☐	☐
Czy przebył(a) Pani/Pan operacje?	☐	☐
Podać jakie i kiedy		
Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:		
rozrusznik serca, neurostymulator?	☐	☐
metalowe opłuki w oku lub skórze?	☐	☐
implant słuchowy?	☐	☐
wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe?	☐	☐
zastawki komorowe lub rdzeniowe?	☐	☐
sztuczne zastawki serca, stenty, stent-grafty?	☐	☐
pompę insulinową?	☐	☐
endoprotezy stawów?	☐	☐
metalowe mostki zębowe, protezy zębów?	☐	☐
metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)?	☐	☐
inne metalowe elementy? Podać jakie	☐	☐
DOTYCZY TYLKO KOBIET: Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży?	☐	☐



3. WAŻNE INFORMACJE I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Badanie MR kręgosłupa lędźwiowego w obciążeniu osiowym trwa od 30 do 50 minut. Wykorzystane zostanie specjalne urządzenie do symulacji obciążenia Państwa kręgosłupa, które normalnie występują kiedy Państwo stoją. Pozwoli to zobaczyć nam kręgi oraz inne części kręgosłupa w takich samych warunkach, jak te w których odczuwacie Państwo ból lub inne objawy.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta stymulatora serca oraz wszystkich innych biostymulatorów, wewnętrznych implantów słuchowych, klipsów naczyniowych (np. po operacji tętniaka), metalicznych opiółków w oku.

Przygotowanie do badania

Zabrania się wnoszenia do pomieszczenia w którym znajduje się aparat rezonansu magnetycznego telefonów komórkowych, zegarków, kart magnetycznych, cyfrowych nośników danych, odtwarzaczy mp3, kluczy, spinek do włosów, kolczyków. Bezpośrednio przed badaniem należy wyjąć i pozostawić w kabinie przygotowań wszystkie metalowe elementy. Ubranie nie powinno zawierać elementów metalowych. Niezastosowanie się do zakazu może spowodować nieodwracalne uszkodzenie przedmiotów i stworzyć niebezpieczeństwo dla pacjenta i Personelu!

Przed samym badaniem zostaną Państwo ubrani w specjalną, dopasowaną kamizelkę. Zostaniecie Państwo ułożeni na łóżku aparatu do badań. Państwa kręgosłup zostanie powoli obciążony nie więcej niż ciężarem połowy masy ciała, co odpowiada obciążeniu w pozycji stojącej. Podczas obciążenia kręgosłupa mogą Państwo odczuwać ten sam ból i dyskomfort, który odczuwacie Państwo w życiu codziennym (taki jest cel tego badania). Jednakże, w przypadku wystąpienia znacznego bólu i dyskomfortu, który odczuwacie Państwo inaczej niż normalnie, koniecznie musicie Państwo o tym poinformować personel przez naciśnięcie „gruszki” sygnalizacyjnej.

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na badanie z fizjologicznym obciążeniem kręgosłupa lędźwiowego przy wykorzystaniu rezonansu magnetycznego.

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta lub prawnego opiekuna)



TEN OBSZAR WYPEŁNIA PERSONEL PRACOWNI MR

.....
(data)

.....
(podpis technika wykonującego badanie)