

Nazwisko i imię.....

Pesel.....Waga..... Wzrost.....

Bezwzględny przeciwwskazaniem do badania metodą Rezonansu Magnetycznego są:

- rozrusznik serca
- sztuczne zastawki serca
- neurostymulatory
- aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym
- wewnątrzczaszkowe klipsy metalowe
- metalowe fragmenty lub opiłki w oku
- inne metaliczne ciała w głowie

Oświadczam, że obecnie nie posiadam żadnego z w/w elementów.

Podpis pacjenta.....

Względny przeciwwskazaniem do badania metodą Rezonansu Magnetycznego są:

- klipsy operacyjne na aorcie
- zastawka komorowa lub rdzeniowa
- szwy chirurgiczne z drutu
- metalowe gwoździe (użyte przy leczeniu złamań)
- endoprotezy metalowe
- metalowe odłamki w ciele lub w powłokach skórnych
- aparat słuchowy
- pompa insulinowa
- wymowane protezy zębowe
- elektrody
- inne wszczepione metale

Oświadczam, że obecnie nie posiadam żadnego z w/w elementów.

Wyrażam zgodę na badanie Rezonansu Magnetycznego i dożylnie podanie środka kontrastowego.

Podpis pacjenta.....