



Centrum Medyczne „ZDROWIE PLUS” A. Reznar spółka komandytowa
ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
NIP: 657-277-61-82, REGON: 260214923, KRS 0001108219
I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 000000022037
zakład leczniczy: CENTRUM MEDYCZNE ZDROWIE
- Filia Przychodnia, ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
02 - Pracownia Rezonansu Magnetycznego, ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
VII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych 136

ANKIETA PRZED BADANIEM RM MIEDNICY

PESEL lub (w przypadku braku nr PESEL) rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data badania:

Adres zamieszkania:

Waga: Wzrost:

.....

Data urodzenia:

Telefon:

Płeć: ☐ K ☐ M ☐ nie chcę podawać



Hioscyna jest lekiem działającym rozkurczowo na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego, jej podanie przed badaniem MR osłabia perystaltykę (ruchy jelit) i pozwala na uzyskanie lepszej jakości obrazów.

CZY WYSTĘPOWAŁY U PANI:

Zakreśl kółkiem właściwą odpowiedź

Jaskra zamkniętego kąta przesączenia?	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca (inne niż migotanie przedsionków)	TAK	NIE
Choroba niedokrwienia serca?	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wystąpił wstrząs anafilaktyczny?	TAK	NIE
Choroby przewodu pokarmowego ?	TAK	NIE
Jeśli tak, proszę podać jakie:		
Myasthenia gravis?	TAK	NIE
Czy w przeszłości występowały reakcje uczuleniowe na atropinę lub hioscynę?	TAK	NIE

Data ostatniej miesiączki:



Lek rzadko może powodować przejściowe zaburzenia ostrości widzenia, zwykle ustępujące w ciągu 45 minut. W przypadku wystąpienia tych objawów należy powstrzymać się od prowadzenia pojazdów mechanicznych do czasu ich ustąpienia.

Wyrażam zgodę na domięśniowe podanie hioscyny:

TAK NIE

.....
podpis pacjentki

.....
podpis lekarza nadzorującego badanie

.....
podpis pielęgniarki