

ANKIETA OSOBY BADANEJ PRZED BADANIEM W PRACOWNI fMRI ICNT UMK W TORUNIU

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <i>Kod serii badań-Numer badania w serii</i>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <i>Data (r r r r - m m - d d)</i>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <i>l m i ę i n a z w i s k o</i>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <i>D a t a u r o d z e n i a</i>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <i>P E S E L</i>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <i>N r t e l e f o n u</i>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <i>Wzrost (w centymetrach)</i>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <i>Waga (w kilogramach)</i>

W czasie badania metodą tomografii rezonansu magnetycznego pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym (3,0 T). Czas przebywania w aparacie może wynosić nawet ponad 60 minut. Często dla poprawnej diagnozy konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego, który może wyjątkowo wywołać reakcję alergiczną. Do pomieszczenia MRI nie wolno wnosić, kluczy, zegarków, kart bankomatowych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów i innej elektroniki oraz metalowych przedmiotów. W przypadku badania głowy prosimy o usunięcie makijażu. Niezastosowanie się do powyższych zakazów może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta lub obsługę.

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Podane w ankiecie informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, stawiając krzyżyk w odpowiednim polu (wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż badania naukowe lub procedury medyczne).

- | | |
|--|--|
| <p>1. W przeszłości miałem/miałam wykonywane badanie tomografii rezonansu Magnetycznego
<i>Jeśli tak, to czy w czasie badania lub po nim albo po podaniu środka kontrastowego wystąpiły u Pana/Pani jakieś niepokojące objawy?</i></p> | <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. Mam klaustrofobię</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>3. Jestem uczulony/uczulona (alergia na środki kontrastowe, leki i inne)
Jeśli tak, to na jakie: _____</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. Czy choruje lub chorował Pan/chorowała Pani na poważne schorzenia nerek?</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. Przebyłem/przebyłam zabiegi operacyjne</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>6. Czy cierpi Pan/Pani na hemofilię lub zaburzenie krzepliwości krwi?</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>7. Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV, WZW B, WZW C? *</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>8. Czy choruje Pan/Pani na którąś z wymienionych chorób: cukrzyca, astma oskrzelowa, padaczka, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa? *</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> |

* Właściwe podkreślić, ** choroba/stopień pokrewieństwa, *** Niepotrzebne skreślić

9. Czy w przeszłości miał Pan/miała Pani: udar, napad padaczkowy, uraz głowy, migrenowe bóle głowy, atak paniki, atak klaustrofobii? * TAK NIE
10. Czy był Pan/była Pani kiedykolwiek hospitalizowana z powodu chorób neurologicznych lub psychicznych? TAK NIE
11. Czy były w Pan/Pani rodzinie jakieś przypadki chorób neurologicznych lub psychicznych. Jakże: ** _____ TAK NIE
12. Czy zażywa Pan/Pani na stałe jakieś leki?
Jeśli tak, to jakie? _____ TAK NIE
13. Czy jest lub był Pan/była Pani uzależniona od alkoholu? TAK NIE
14. Czy ma Pan/Pani wadę wzroku? TAK NIE
15. Czy ma Pan/Pani wadę słuchu? TAK NIE
16. Czy ma Pan/Pani trudności w zakresie: koordynacji ruchowo-wzrokowej, czytania (dysleksja, wolne tempo czytania, inne) * TAK NIE
17. Czy ma Pan/Pani dolegliwości uniemożliwiające leżenie bez ruchu do 90 min? TAK NIE
18. Czy ma Pan/Pani w ciele metalowe opiłki, odłamki, odpryski, kule postrzałowe? TAK NIE
19. Czy ma Pan/Pani wszczepione/nałożone wymienione poniżej przedmioty
- Rozrusznik, stymulator, elektrody rozrusznika serca itp. TAK NIE
 - Stenty naczyniowe, klipsy chirurgiczne, staplery, filtry wewnątrznacyniowe TAK NIE
 - Aparat słuchowy, implant ślimakowy, inny implant uszny TAK NIE
 - Pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków lub inny tego typu TAK NIE
 - Sztuczną zastawkę serca, zastawkę komorową TAK NIE
 - Protezę kończyny lub stawu lub jakiegokolwiek implanty ortopedyczne (gwoździe, śruby, druty, płytki metalowe) TAK NIE
 - Protezę zębową, most, aparat ortodontyczny, implant zębowy TAK NIE
 - Neurostymulator lub inne biostymulatory TAK NIE
 - Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) – **dotyczy kobiet** TAK NIE
 - Protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe TAK NIE
 - Sztuczną skórę, perukę, sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów przewodzących prąd TAK NIE
 - Makijaż trwały, tatuaż, biżuterię TAK NIE

* Właściwe podkreślić, ** choroba/stopień pokrewieństwa, *** Niepotrzebne skreślić

20. Jestem lub podejrzewam, że mogę być w ciąży – **dotyczy kobiet**TAK NIE 21. Jestem matką karmiącą piersią – **dotyczy kobiet**TAK NIE **Oświadczenie dotyczące CAŁEJ ANKIETY**

Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje (dane osobowe oraz informacje podane w punktach od 1. do 21.) podałem/am zgodnie z moją najlepszą wiedzą na dzień wypełnienia ankiety.

.....
(Data, dd-mm-rrrr).....
(Podpis osoby badanej)**Wywiad z osobą badaną w związku z ankietą:**

Ankieta przed badaniem (i podaniem środka kontrastującego^{***}) została sprawdzona i przyjęta. Informacje z wywiadu do ankiety zostały wstawione powyżej.

.....
(Imię i nazwisko osoby wykonującej badanie).....
(Imię i nazwisko pomocnika).....
(Data, dd-mm-rrrr).....
(Podpis osoby wykonującej badanie)

* Właściwe podkreślić, ** choroba/stopień pokrewieństwa, *** Niepotrzebne skreślić

ul. Wileńska 4, 87-100, Toruń, tel. 56 665 60 02

INFORMACJA DLA OSOBY BADANEJ

Brak jest doniesień o działaniach niepożądanych dla badanego w związku z przeprowadzeniem badania fMRI. Mimo tego, w razie jakichkolwiek wątpliwości badany może kontaktować się z osobą odpowiedzialną za projekt badawczy w celu uzyskania dodatkowych informacji. Badany ma prawo zrezygnować z badania w każdym momencie.

Organizator badań w ICNT UMK w Toruniu, w tym Lokalny Administrator Danych Osobowych (LADO) i Administrator Systemu Informatycznego (ASI) zachowają szczególną staranność w celu ochrony interesów osób uczestniczących w badaniach. W szczególności informujemy, że:

1. Dane przetwarzane są zgodnie prawem.
2. Dane zbierane są na potrzeby badań naukowych.
3. Dane mogą być udostępniane innym podmiotom wyłącznie w celach naukowych i/lub diagnostycznych zgodnie z obowiązującym prawem.

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji badań naukowych (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883).

.....
(Data, Imię i nazwisko oraz podpis osoby badanej/rodzica/opiekuna prawnego)

Oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am całą zawartość tego formularza i miałem/am możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości zadawania pytań i kontaktowania się z osobą odpowiedzialną za projekt w razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z badaniami, w których będę uczestniczyć.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wycofania się z badań w każdym momencie bez podania przyczyny.

Zostałem/am poinformowany/a o zasadach i celach badań oraz o spodziewanych dla mnie korzyściach i niedogodnościach związanych z udziałem w badaniach i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie następujących badań i procedur (**zaznaczyć jedną pozycję w każdym wierszu**):

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| • Badanie funkcjonalnego rezonansu magnetycznego, | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE | <input type="checkbox"/> |
| • Badanie rezonansu magnetycznego, | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE | <input type="checkbox"/> |
| • Podanie dożylnie środka kontrastowego, | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE | <input type="checkbox"/> |
| • Równoczesne badanie EEG (Elektroencefalografia) | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE | <input type="checkbox"/> |

Zostałem/am poinformowany/a o ew. zagrożeniach związanych z zaznaczonymi powyżej badaniami i procedurami i wyrażam świadomą zgodę na ich wykonanie.

.....
(Data, imię i nazwisko oraz podpis osoby badanej/rodzica/opiekuna prawnego)

* Właściwe podkreślić, ** choroba/stożenie pokrewieństwa, *** Niepotrzebne skreślić