

FIȘĂ CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT
Rezonanță magnetică nr. 456

MEDICUL CARE RECOMANDĂ: Medic specialist REGIUNEA DE STUDIAT: Abdomen

NUME Nume pacient de test PRENUME Prenume pacient de test

CNP 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 Telefon 0720123456 Înălțime 180 Greutate 90

Înainte de semnarea declarației de acord, vă rugăm să citiți cu atenție următoarele întrebări și să răspundeți cu Da sau NU:

1. Ați mai primit vreodată substanță de contrast? ☒
2. Dacă DA, ați manifestat reacție alergică? ☒
3. Ați avut reacții alergice la alte substanțe (medicamente, praf, polen, plante, etc.)?
(dacă DA, la ce anume) Detalii alergii ☐
4. Pentru femeii: este posibil să fiți însărcinată? ☒
5. Suferiți de : (bifați dacă este cazul):
tensiune , epilepsie, diabet, boli de rinichi, ficat sau astm, hepatită cronică, infecție HIV, claustrofobie?
- ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒

Declar pe propria răspundere că nu posed: bioimplanturi, neurostimulator, stimulator cardiac, pompă de insulină, aparat auditiv, implant cohlear sau alte implanturi, proteză dentară detașabilă, tije metalice, clipuri feromagnetice intracerebrale și postchirurgie laparoscopică, valve ventriculare, dispozitive intrauterine, sutură cu fire metalice sau agrafe sau alte obiecte metalice introduse în corp incidental sau în scop medical.

Am luat la cunoștință că este interzis să intru în incinta aparatului de rezonanță magnetică cu: ochelari de vedere cu ramă metalică, nasturi metalici, bijuterii (cercei, lanțuri, inele), ceasuri, telefoane mobile, cartele telefonice, cărți de credit electromagnetice, chei de alarmă auto, haine cu accesorii metalice și în general orice obiect metalic.

Subsemnatul(a) Nume pacient de test Prenume pacient de test
sunt de acord ca la recomandarea medicului curant să efectuez investigația RMN. Dacă pentru reușita investigației este necesar, sunt de acord să mi se administreze substanță de contrast i.v., fiind informat(ă) despre efectele posibile ale acesteia. Semnătura pacientului / reprezentantului legal X

Subsemnatul(a)
sunt de acord ca la recomandarea medicului curant să efectuez investigația RMN, fără administrare de substanță de contrast i.v. Semnătura pacientului / reprezentantului legal

- 1.Am beneficiat de consiliere preinvestigație, care nu este acoperită de relația cu Casa de Asigurări și se efectuează contra cost.
- 2.Mi s-a explicat în detaliu în ce constă procedura căreia o să-i fiu supus , care sunt beneficiile și limitele metodei.
- 3.Sunt avizat în legatură cu riscurile aferente acestui tip de investigație și sunt de acord cu efectuarea acesteia.

Semnătura pacientului Data 07-05-2025