Imię i nazwisko …….....…

Pesel…….....…..

W trosce o bezpieczeństwo prosimy o dokładne przeczytanie poniższych informacji i wypełnienie ankiety. Podane przez Panią/Pana informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Badanie Rezonansu Magnetycznego polega na uzyskiwaniu obrazów struktur ciała za pomocą emitowanych fal radiowych w silnym polu magnetycznym.
Badanie wykonywane jest w pozycji leżącej i wymaga przebywania w bezruchu przez około 20 do 60 minut. Do pomieszczenia aparatu nie wolno wnosić kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów i innych metalowych przedmiotów. Nie zastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta. W przypadku, jeśli badanie ma być wykonane z dożylnym podaniem środka kontrastowego należy pozostać na czczo, co najmniej 6 godzin przed badaniem. W celu prawidłowego nawodnienia organizmu zalecane jest wypić około 1.5 l niegazowanej wody do 3 godzin przed badaniem.
Przed badaniem powinno się zażyć przyjmowane leki, ponieważ rezonans nie wpływa na ich działanie.

Pracownia nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne uszkodzenie przedmiotów zabranych przez pacjenta do badania!

Pacjent przed badaniem ma możliwość zadawania pytań dotyczących badania MR i uzyskanie zrozumiałych dla niego i wyczerpujących odpowiedzi. Zgodę na wykonanie badania wyraża po podjęciu samodzielnej decyzji w wystarczającym dla pacjenta czasie. Dla prawidłowego uzyskania obrazów konieczna jest pełna współpraca badanego z personelem medycznym. Dla pełnej wartości badania czasami wymagane jest podanie środka kontrastowego. Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w pracowni MR bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15-30 minut.

Ryzyko reakcji niepożądanych po podaniu środków kontrastowych.

Środki kontrastowe stosowane w rezonansie magnetycznym mogą powodować reakcje niepożądane, które występują bardzo rzadko, są zwykle łagodne i krótkotrwałe (w niektórych przypadkach mogą wystąpić późne reakcje uczuleniowe). Należą do nich:

- nudności, wymioty, zaburzenia smaku, uczucie zmęczenia, zwiększona potliwość
- parestezje (zaburzenia czucia), reakcje skórne, pokrzywka, świąd, bladość skóry, egzema
- ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni
- zaburzenia świadomości, padaczka, ból głowy i uczucie gorąca
- reakcje anafilaktyczne: obrzęk naczyń, wstrząs, nagłe zatrzymanie krążenia, obniżenie ciśnienia krwi, obrzęk krtani, skurcz krtani, oskrzeli, stridor, obrzęk płuc, zaburzenia oddychania, kaszel, katar, kichanie, zapalenie spojówek, ból brzucha, ból w klatce piersiowej, wysypka
- przerwanie ciągłości żyły, wynaczynienie kontrastu poza żyłę

O każdym przypadku wystąpienia objawów nietolerancji środka kontrastowego należy poinformować personel medyczny pracowni. Względnym przeciwwskazaniem do dożylnego podania środka kontrastowego jest niewydolność nerek – przed badaniem konieczne jest dostarczenie aktualnego wyniku poziomu kreatyniny we krwi.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania TAK/NIE wstawiając znak X	***TAK***	***NIE***
Czy w przeszłości miał Pan/Pani wykonane badanie MR?		
Czy ma Pan/Pani wszczepiony rozrusznik serca? (lub kardiowerter - defibrylator)		
Czy w organizmie są obecne ciała obce metaliczne? Proszę podać, jakie, gdzie zlokalizowane i z jakiego materiału wykonane (np. implant słuchowy, sztuczna zastawka serca, metalowa endoproteza, proteza lub korona zębowa, pompa insulinowa, zastawka w komorze mózgowej, biżuteria np. do piercingu)		
Czy posiada Pan/Pani protezę oczną, ciała obce w gałce ocznej (np. opiłki metalu)?		
Czy były wykonywane zabiegi/operacje/przeszczepy? Jakie i kiedy?		
Czy ma Pan/Pani klaustrofobię?		
Czy występują reakcje alergiczne? (uczulenie na środki kontrastowe, leki i inne)		
Czy Pan/Pani choruje na niewydolność nerek?		
Czy chorował/a Pan/Pani na żółtaczkę zakaźną typu B lub C?		
Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa, że może być?		
Czy ma Pani domaciczną wkładkę antykoncepcyjną?		

Oświadczenie pacjenta

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż przeczytałam/em i zrozumiałam/em powyższe informacje, odpowiedziałem na pytania zgodnie ze stanem faktycznym. Oświadczam, że nie zataiłam/em żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych lekach. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Cel badania jest dla mnie jasny i zostałam/em poinformowana/y o procedurze badania oraz o ewentualnej potrzebie podania dożylnie środka kontrastowego. Znane mi są wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania, zostałam/em poinformowany o możliwości wystąpienia powikłań. Miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących badania i uzyskałam/em wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi. Oświadczam, że w dniu dzisiejszym nie miałam/em wykonanego badania rezonansu magnetycznego w innej placówce medycznej.

Pacjent pomiędzy 16 a 18 rokiem życia – wymagana zgoda podwójna, tj. pacjenta oraz rodzica/opiekuna prawnego.

WYRAŻAM ZGODĘ NA BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

....
Miejscowość i data podpis lekarza Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na podanie przy badaniu środka kontrastowego dożylnie, jeśli będzie to konieczne

....
Miejscowość i data podpis lekarza Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

Nie wyrażam zgody na podanie przy badaniu środka kontrastowego dożylnie

....
Miejscowość i data podpis lekarza Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

NIE WYRAŻAM ZGODY NA BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

....
Miejscowość i data podpis lekarza Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.