



Nazwisko i imię pacjenta PESEL

ZGODA NA BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR) ŚRODKI KONTRASTOWE STOSOWANE W BADANIU MR

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym silnym polu magnetycznym.

Do pomieszczenia MR nie wolno wnosić: **telefonów, kart magnetycznych** (m.in. bankomatowych), **zegarków, kluczy, biżuterii i innych metalowych przedmiotów.**

W przypadku badania głowy prosimy o usunięcie makijażu, protezy zębowej.

Niezastosowanie się do powyższych zakazów może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta lub obsługę.

Badanie nie może zostać wykonane u osób z wszczepionym rozrusznikiem serca, ferromagnetycznym wewnątrzczaszkowym klipsem naczyniowym, aparatem słuchowym w uchu środkowym lub wewnętrznym, w przypadku obecności ciała metalicznego w oku oraz nie powinno być wykonywane u kobiet w pierwszym trymestrze ciąży. W przypadku posiadania przez chorego endoprotez i innych metalicznych ciał obcych konieczne jest poinformowanie personelu pracowni w celu ustalenia, czy u pacjenta może zostać przeprowadzona badanie MR.

Badanie MR trwa dosyć długo (od 15 do 60 minut) i pacjent w tym czasie musi pozostawać w bezruchu (spokojnie oddychać). W trakcie badania w tunelu aparatu MR słyszalny jest hałas o różnym natężeniu, niekiedy dużym, dlatego pacjenci mają zakładane na uszy słuchawki. Pacjenci nieprzytomni, pobudzeni, a także z klaustrofobią oraz małe dzieci i niemowlęta celem prawidłowego przeprowadzenia badania MR wymagają znieczulenia anestezyjologicznego.

U niektórych pacjentów dla rozstrzygnięcia problemu klinicznego i postawienia prawidłowej diagnozy konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego, stąd też na 2 godziny przed badaniem pacjent nie może przyjmować pokarmów. Środki kontrastowe stosowane w badaniu MR są jednymi z najbardziej bezpiecznych substancji farmakologicznych, niemniej bardzo rzadko mogą powodować powstawanie objawów ubocznych.

Możliwe jest wystąpienie następujących działań niepożądanych po podaniu paramagnetycznych środków kontrastowych : nudności, pokrzywka, zaburzenia smaku, ból i uczucie zimna w miejscu podania, ból głowy i uczucie gorąca, a zupełnie wyjątkowo wstrząsu. Przed badaniem środków kontrastowych w badaniu MR należy dostarczyć aktualne (30 dni) wyniki poziomu kreatyniny (eGFR), gdyż u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek (eGFR < 30ml/min./1.73m²) podanie paramagnetycznych środków kontrastowych jest przeciwwskazane ze względu na możliwość wystąpienia nerkopochodnego włóknienia systemowego. U pacjentów z prawidłową czynnością nerek choroba ta nie występuje.

Informacja dla pacjentów i lekarzy kierujących dotycząca badania MR dostępna jest w rejestracji Pracowni TK Klinicznego Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz na stronie internetowej Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie <http://www.szpital2.rzeszow.pl/zaklady-pracownie/zaklad-radiologii-diagnostyki-obrazowe>, zaś aktualne wytyczne dotyczące stosowania środków kontrastowych na stronie <http://www.esur.org/guidelines/pl/index.php>.

Nazwisko i imię pacjenta PESEL

ANKIETA DLA PACJENTA KIEROWANEGO NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MR)

W trosce o bezpieczeństwo prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie ankiety. Podane przez Pana/ Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem. Proszę zakreślić prawidłową odpowiedź. Jeżeli ma Pan(i) jakieś wątpliwości, należy zwrócić się do personelu naszej pracowni. Dane z ankiety nie będą użyte do dalszego przetwarzania. Stanowią integralną część dokumentacji medycznej.

1. Czy miał(a) Pan(i) w przeszłości badanie MR (rezonansem magnetycznym)? TAK NIE
2. Czy ma Pan(i) lęk przed przebywaniem w przestrzeniach zamkniętych? TAK NIE
3. Czy jest Pan(i) uczulony(a) na środki kontrastowe, leki TAK NIE
Jeżeli tak, to na jakie?.....
4. Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na poważne schorzenia nerek? TAK NIE
5. Czy przebył(a) Pan(i) zabiegi operacyjne ? TAK NIE
Jeżeli tak, to proszę napisać jakie i w którym roku
6. Czy ma Pan(i) :
 - rozrusznik serca TAK NIE
 - sztuczna zastawkę serca TAK NIE
 - stenty naczyniowe, klipsy chirurgiczne TAK NIE
 - implanty słuchowe TAK NIE
 - protezę kończyny, stawu lub jakiegokolwiek inne implanty ortopedyczne TAK NIE
 - protezę zębową, most, aparat ortodontyczny TAK NIE
 - opilki metali w oku TAK NIE
 - makijaż trwały, tatuaż, biżuterię TAK NIE
 - inne (jakie?).....
7. DOTYCZY KOBIET: jestem lub podejrzewam, że mogę być w ciąży TAK NIE

ZGODA NA BADANIE I OŚWIADCZENIE PACJENTA (dotyczy pacjentów ambulatoryjnych)

Podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przeczytałem(am) i rozumiałem(am) zawartość ankiety. Zapoznałem(am) się z informacją dotyczącą badania i podania środka kontrastowego. Zrozumiałem(am) jej treść i miałem(am) możliwość wyjaśnienia moich wątpliwości w rozmowie z personelem medycznym pracowni diagnostycznej. Czuję się dostatecznie poinformowany(a).

WYRAŻAM ZGODĘ NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM

WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

świadomy(a) możliwości wystąpienia objawów ubocznych.

NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencję niepełnej diagnozy związanej z moją decyzją

.....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

.....
data i podpis pacjenta 16-18 lat

* niepotrzebne skreślić

.....
data
str.2

Podpis i pieczętka osoby
przyjmującej ankietę
(personel Pracowni MR)