



MOJA DIAGNOZA

# Zgoda Pacjenta na badanie Rezonansem Magnetycznym (MR)

## I. INFORMACJE O PACJENCIE

.....  
Imię i nazwisko Pacjenta

.....  
numer telefonu  
(podanie jest dobrowolne, jednak  
konieczne do odebrania wyników on-line)

.....  
Data urodzenia

.....  
pesel

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

## II. OKOLICA CIAŁA PODDANA BADANIU REZONANSEM MAGNETYCZNYM ORAZ DOLEGLIWOŚCI

.....  
.....  
.....

## III. PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE ANKIETY POPRZEZ ZAZNACZENIE „X” W ODPOWIEDNIM POLU

Waga ciała / wzrost	Kg	Cm
<b>Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią - wypełnia kobiety</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
<b>Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Klaustrofobia		
Stymulator / elektrody serca		
Metalowe opiłki w ciele		
Implant słuchowy		
Sztuczne zastawki serca		
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczepione elementy wewnętrzne naczyniowe (np. Filtry naczyniowe, spirale embolizujące)		
Zastawki komorowe lub rdzeniowe		

Neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory		
Metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy		
Metalowe elementy stomatologiczne (np. mostki zębowe)		
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) - dotyczy kobiet		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Inne wszczepione elementy metalowe (jakie?)		
Wszczepione pompy lekowe (np. Insulinowe)		
Czy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? (Proszę wymienić) .....		
<b>Czy zdiagnozowano u Pani / Pana?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Niewydolność wątroby (czy miał/a Pani/Pan wykonany przeszczep wątroby)		
Nagłą utratę przytomności		
Niewydolność nerek		
Schorzenie kardiologiczne		
Choroby tarczycy (niedoczynność, nadczynność, wole Hashimoto), jakie?		
Podwyższone stężenie żelaza w surowicy		
Cukrzycę		
Czy występują u Pana/Pani jakiegokolwiek uczulenia, alergię, jakie?		
Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki, jakie?		
Astmę, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)		
Nieregularne bicie serca		
Stan zapalny		
Choroby neurologiczne (padaczkę, drgawki)		
Zaburzenia krzepnięcia i zakrzepicę żył głębokich		
Czy stosuje Pani/Pan erytropoetynę?		
<b>Istotne dane medyczne przed wykonanie badania MR z użyciem środka kontrastowego</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy miała/miał Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem kontrastu? (np. Urografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)		
Czy po podaniu środka kontrastującego wystąpiły powikłania?		
<b>W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę zaznaczyć (rodzaj i ilość dostarczonej dokumentacji)</b>		
CD	DOKUMENTACJA PAPIEROWA	

#### IV. INFORMACJA O BADANIU

##### 1. Opis badania rezonansem magnetycznym

Obrazowanie za pomocą rezonansem magnetycznym nie wymaga użycia potencjalnie szkodliwego promieniowania rentgenowskiego. W badaniu Rezonansem Magnetycznym wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne oraz przy braku przeciwwskazań co do zasady nie powoduje skutków ubocznych dla badanego.

##### 2. Opis możliwych powikłań po wykonaniu badania rezonansem magnetycznym

Badanie rezonansem magnetycznym może wywołać potencjalne skutki uboczne przede wszystkim przy nie stosowaniu się do przeciwwskazań codo jego wykonania. Takimi przeciwwskazaniami są okoliczności wymienione w ankiecie znajdującej się powyżej. Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR, oraz wykluczeniu przeciwwskazań do jego wykonania badanie Rezonansem Magnetycznym jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.

##### 3. Opis badania rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego

O wyborze metody badania rezonansem magnetycznym z podaniem lub bez podania środka kontrastowego zawsze decyduje lekarz radiolog nadzorujący badanie, na podstawie danych klinicznych ze skierowania, wywiadu z Pacjentem i oceny pierwszych sekwencji badania rezonansem magnetycznym bez kontrastu. Kontrast jest podawany najczęściej dożylnie. Kontrast podawany do badania rezonansem magnetycznym jest preparatem który nie zawiera w swojej budowie jodu, lecz pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. Jest to także preparat niejonowy, niskosmolarny o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla Pacjenta. Czasami zdarza się uszkodzenie naczyńia żylnego związane z założeniem wenflonu, lub wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę. Środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki, nie wchodzą w interakcje z innymi lekami.

##### 4. Opis możliwych powikłań po podaniu środka kontrastowego

Po preparatach gadolinowych w MR bardzo rzadko występują powikłania j i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy jednak pamiętać, że każdy stosowany kontrast, zarówno jodowy w TK, jak i gadolinowy w MR jako substancja obca dla organizmu może spowodować reakcje uboczne. Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego mogą:

- wystąpić w różnym czasie po podaniu (niezwłocznie lub z opóźnieniem nawet wielu godzin),
- mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania i zgonu włącznie),
- różny charakter: miejscowy (m.in. odczyny skórne, pieczenie, swędzenie, wysypka, pęcherze, zaczerwienienie) lub ogólnoustrojowy (m.in. nudności, wymioty, zaburzenia smaku, zaburzenia widzenia, uczucie zmęczenia, zwiększona potliwość, uczucie gorąca, parostezje, reakcje skórne, pokrzywka, świąd, bladeść skóry, egzema, ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni),
- powikłania mogą dotyczyć układu: oddechowego (m.in. skurcz i obrzęk krtani i spastyczność oskrzeli, duszność), krążenia (m.in. arytmia, zwyżki lub spadki ciśnienia, nagle zatrzymanie krążenia i oddychania, zgon), nerwowego (m.in. drgawki, zaburzenia świadomości, ból głowy), nerek (o nazwie – nerkowe włóknienie układowe, charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony i mięśni). Ryzyko wystąpienia tego powikłania wzrasta proporcjonalnie do stopnia uszkodzenia nerek (niezależnie od przyczyny) i wielkości dawki i częstości podania gadolinu, oraz chorób towarzyszących, takich jak: zaburzenia krzepnięcia i zakrzepica żył głębokich, stan zapalny, niedawno przebyte zabiegi operacyjne (szczególnie naczyniowe), stosowanie dużych dawek erytropoetyny, podwyższone stężenie żelaza w surowicy, niedoczynność tarczycy i wtórna nadczynność przytarczyc, obecność przeciwciał antykardiolipinowych.

Przed wykonaniem badania z podaniem środka cieniującego niezbędne jest oznaczenie poziomu kreatyniny, przesączania nerkowego (e-GFR), oraz wywiad i kwalifikacja do badania. Radiolog nadzorujący badanie może nie wyrazić zgody na podanie kontrastu, jeśli Pacjent ma do tego bezwzględne przeciwwskazania. Nadto Pacjent każdorazowo musi podpisać świadomą zgodę na podanie środka kontrastowego i wykonanie badania Rezonansem Magnetycznym.

Zawsze o objawach jakiegokolwiek powikłania należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny.

#### V. INFORMACJA O ODBIORZE WYNIKÓW

Wynik każdego badania wykonanego w placówce będzie można pobrać z naszej strony internetowej [www.mojadiagnoza.com.pl](http://www.mojadiagnoza.com.pl)

Niezbędne do pobrania wyników jest podanie na ankiecie numeru telefonu. Na podany numer pacjent otrzyma hasło do logowania.

	TAK	NIE
<p>Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym i podania środka kontrastowego. Jestem świadomy możliwości wystąpienia powikłań związanych z badaniem rezonansem magnetycznym i podaniem środka kontrastowego, jak również jestem świadomy ograniczonej wartości diagnostycznej badania rezonansem magnetycznym w razie nie wyrażenia przeze mnie zgody na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego.</p> <p>Oświadczam, iż miałem możliwość w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym</p>		
Świadomie wyrażam zgodę na:	TAK	NIE
Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym		
Podanie środka kontrastowego		
Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.		
Oświadczam, że w ciągu 6 godzin nie przyjmowałem/am pokarmów.		

.....  
Data i podpis pracownika przyjmującego dokument

.....  
data i czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego  
lub przedstawiciela ustawowego  
(w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda  
równoległa opiekuna prawnego

VI. Potwierdzam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w dokumencie Zgody Pacjenta na badanie oraz przekazałem Pacjentowi informacje o badaniu Rezonansem Magnetycznym, o tym czy istnieje konieczność podania środka kontrastowego, a w przypadku konieczności jego podania, o przeciwwskazaniach do jego podania jak i o możliwościach wystąpienia reakcji ubocznych.

.....  
Data i podpis lekarza nadzorującego badanie