



MOJA DIAGNOZA

Zgoda Pacjenta na badanie Rezonansem Magnetycznym

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. PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE PONIŻSZEJ ANKIETY

| Waga ciała [kg]:..... | Wzrost [cm]:..... |
|---|-------------------|
| Dane dotyczące badanej okolicy | |
| Badana okolica anatomiczna ciała ? Proszę wpisać badany obszar. | |
| Z jakiej przyczyny wykonuje Pan/Pani badanie? Jakie są dolegliwości? | |
| Czy kiedykolwiek wystąpił uraz badanej okolicy? Jeśli tak to kiedy? | |
| Czy przebył/a Pan/Pani operację badanej okolicy? Jeśli tak to kiedy? | |
| Czy ból promieniuje? Gdzie? Po której stronie? | |
| W jakich sytuacjach pojawia się ból? (zginanie, chodzenie, ucisk itp.) | |
| Od jak dawna występują objawy? | |
| Czy zdiagnozowano u Pana/Pani chorobę przewlekłą? (astma, niewydolność nerek, cukrzyca, nadciśnienie, itp.) | |
| Czy przechodził Pan/Pani chorobę nowotworową? Kiedy? Jakiej części ciała? | |

| Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią - wypełnia kobieta | TAK | NIE |
|--|------------------------|------------|
| Czy jest Pani w ciąży? | | |
| Czy karmi Pani piersią? | | |
| Czy stosuje Pani metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)? | | |
| Przeciwwskazania do wykonania badania | TAK | NIE |
| Klaustrofobia | | |
| Metalowe szwy chirurgiczne | | |
| Metalowe opłuki w ciele | | |
| Implant słuchowy | | |
| Sztuczne zastawki/elektrody serca | | |
| Metalowe klipsy naczyniowe, wszczepione elementy wewnątrznaczyniowe (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) | | |
| Inne wszczepione elementy metalowe (jakie?) | | |
| Wszczepione pompy lekowe (np. Insulinowe) | | |
| Czy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? (Proszę wymienić) | | |
| Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR z użyciem środka kontrastowego | TAK | NIE |
| Czy miał/-a Pan/-i badanie z dożylnym podaniem kontrastu? (np. urografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) | | |
| Czy po podaniu kontrastu wystąpiła u Pani/Pana reakcja uczuleniowa? | | |
| Czy po podaniu środka kontrastującego wystąpiły powikłania? | | |
| Czy występują u Pana/Pani jakiegokolwiek uczulenia, alergie? Jakie? | | |
| W przypadku pozostawienia dokumentacji medycznej proszę zaznaczyć (rodzaj i ilość dostarczonej dokumentacji) | | |
| CD | DOKUMENTACJA PAPIEROWA | |

KONTRAST (WYPEŁNIA PIEŁĘGNIARKA)

Poziom kreatyniny:

Rodzaj i ilość podanego kontrastu:.....

.....
podpis pielęgniarki

.....
podpis lekarza

III. INFORMACJA O BADANIU

1. Opis badania rezonansem magnetycznym

Obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego 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 u badanego.

2. Opis możliwych powikłań po wykonaniu badania rezonansem magnetycznym

Badanie rezonansem magnetycznym może wywołać potencjalne skutki uboczne przede wszystkim przy niestosowaniu się do przeciwwskazań dot. 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 swoim składzie jodu, lecz pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. Jest to także preparat niejonowy, niskoosmolarny o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla Pacjenta. Czasami, w związku z założeniem wenflonu może dojść do uszkodzenia naczynia lub do wynaczynienia 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 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 do 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, parestezje, reakcje skórne, pokrzywka, świąd, bledność 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, zwichły lub spadki ciśnienia, nagłe 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, przesączenia 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.

IV. INFORMACJA O ODBIORZE WYNIKÓW

Wynik każdego badania wykonanego w placówce będzie dostępny do pobrania z naszej strony internetowej 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. Jestem świadomy możliwości wystąpienia powikłań związanych z badaniem rezonansem magnetycznym.</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> | | |
| Oświadczenie | TAK | NIE |
| Świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym | | |
| Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób oraz przyjmowanych leków, zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym. | | |
| Jestem świadomy/a faktu, że w przypadku braku wartości diagnostycznej badania oraz konieczności podania środka kontrastowego może być wskazane powtórzenie wykonania badania z dożylnym zastosowaniem środka kontrastowego. W przypadku konieczności powtórzenia badania z podaniem środka kontrastowego zobowiązuję się do poniesienia dodatkowych kosztów z tym związanych tj. 50% wyjściowej ceny badania oraz 150zł dopłaty za kontrast. | | |

.....
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)

Uwagi technika wykonującego badanie:

V. 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.

.....
podpis lekarza nadzorującego badanie