

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

Dane Pacjenta:

Nazwisko, imię		PESEL / Data urodzenia	
Waga	Wzrost	Numer telefonu	Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (w przypadku Pacjenta małoletniego)
Zakres badania / okolica anatomiczna			

W trosce o Państwa bezpieczeństwo przed badaniem wymagane jest wypełnienie poniższej ankiety. Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Ważne informacje przed badaniem:

<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?	Dotyczy kobiet
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy karmi Pani piersią?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy miał/a Pani/Pan wykonywane wcześniej badanie/a MR? Jeśli tak, proszę podać jakie	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy były wykonywane wcześniej badania z dożylnym środkiem kontrastowym?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy po podaniu środka kontrastowego pojawiły się reakcje alergiczne ?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy występują u Pani jakiegokolwiek uczulenia, alergie ? (jakie)	

Ponieważ **metalowe przedmioty** znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku oraz mogą stanowić przeciwwskazania medyczne do wykonania badania, prosimy o dokładną odpowiedź na poniższe pytania:

Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele?:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | rozrusznik / stymulator serca | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | metalowe opitki w ciele lub skórze |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | sztuczne zastawki serca | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | metalowe protezy stawów |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | metalowe mostki zębowe |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | zastawki komorowe lub rdzeniowe | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) – dotyczy kobiet |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | neurostymulatory | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | metalowe szwy lub klamry chirurgiczne |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | implant słuchowy | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | inne wszczepione elementy metalowe (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | stenty metalowe | | |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | metalowe klipsy naczyniowe | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Czy miała Pani/Pan wykonywane zabiegi operacyjne?
(jakie?) |

Bezwzględne przeciwwskazania do wykonania badania MR:

- rozrusznik serca
- neurostymulator
- wewnętrzne implanty słuchowe
- metaliczne ciało obce w oku
- ciąża I trymestr

Czy zdiagnozowano u Pani/Pana :

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | nieregularne bicie serca | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | stan zapalny |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | nagłe utraty przytomności | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | cukrzycę |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | stany lękowe | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | zaburzenia krzepnięcia i zakrzepice żył głębokich |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | niewydolność nerek | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | choroby płuc (astma, POCHP, inne) |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | niewydolność wątroby | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | przebyte choroby zakaźne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | nadciśnienie tętnicze | | |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | choroby układu nerwowego (padaczka, inne) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | czy zażywa Pani/Pan jakiegokolwiek leki ? (jakie) |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | niedoczynność lub nadczynność tarczycy | | |

Informacje o badaniu: Badanie diagnostyczne metodą rezonansu magnetycznego wykonywane jest dla zobrazowania tkanek i wykrycia ewentualnych zmian chorobowych. W badaniu MR wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Obrazowanie za pomocą rezonansu nie wymaga użycia potencjalnie szkodliwego badania rentgenowskiego. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne. Badaniu towarzyszy zwiększone natężenie hałasu. Wymagane jest leżenie bez ruchu przez 15-60 min zależnie od rodzaju badania, w pozycji ustalonej przez technika wykonującego badanie. O wyborze metody badania, z podaniem lub bez podania środka kontrastowego, decyduje lekarz na podstawie danych klinicznych ze skierowania, wywiadu z Pacjentem i jego stanu zdrowia oraz ewentualnych przeciwwskazań do podania kontrastu. W przypadku podawania kontrastu, konieczne jest założenie tzw. wkłucia dożylnego. Stosowany kontrast gadolinowy jest preparatem niejonowym, niejodowym i niskoosmolalnym, o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla Pacjenta. Przy braku przeciwwskazań badanie rezonansem magnetycznym co do zasady nie powoduje skutków ubocznych. Możliwe skutki uboczne badania są głównie w przypadku niezastosowania się do przeciwwskazań wymienionych wyżej w ankiecie, a dotyczących elementów metalowych obecnych w ciele. Ponadto możliwe są następstwa pozycji leżącej (wymioty, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania).

Możliwe skutki uboczne po podaniu środka kontrastowego:

- reakcje alergiczne skórne, uczucie gorąca, nudności, pokrzywka, ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bole mięśni, a ponadto niezwykle - zaburzenia ze strony układu oddechowego, układu krążenia, układu nerwowego i nerek.
- powikłania związane z założeniem wkłucia dożylnego (wynacznienie środka kontrastowego poza żyłę, uszkodzenie naczynia, zator lub zakrzepica
- żył powierzchownych lub głębokich)

UWAGA, w przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub innych wykonanych z nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym personelu pracowni MR. Jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.

Świadoma zgoda na badanie i oświadczenie Pacjenta

- tak nie Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie/ mojego dziecka badania metodą rezonansu magnetycznego.
- tak nie Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego u mnie/ mojego dziecka do badania

- tak nie Jestem poinformowana/y o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym
- tak nie Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i rozumiałem powyższe informacje. Miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi i nie mam więcej uwag. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu ewentualnych skutków zdrowotnych.

- tak nie Oświadczam, że w ciągu 4 godzin przed badaniem nie przyjmowałam pokarmów i płynów (przy MR serca - 6 godzin)
- tak nie Oświadczam, że zostałam poinformowany o przebiegu badania i obciążeniu hałasem oraz że otrzymałam słuchawki / ochronniki słuchu na czas badania

Czy Pan/Pani wyraża zgodę aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości?
Jeśli tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL)

- tak nie

Data i podpis pracownika medycznego:

Data i podpis Pacjenta:
(w przypadku Pacjenta między 16-18 r. ż.
zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Omega Health Group Sp. z o.o. ul. Bankowa 5, 58-500 Jelenia Góra. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

Wypełnia personel
medyczny po badaniu

Podano środek kontrastowy: tak nie

Podpis pielęgniarki podającej kontrast:

Ilość ml:

Nazwa: