

QUESTIONNAIRE BEFORE MRI SCAN

ANKIETA PRZED WYKONANIEM BADANIA PRZY UŻYCIU REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Name and surname.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

Date of birth.....
PESEL/Data urodzenia

Date of scan.....
Data badania

Weight.....
Waga

Please enter the organ under examination
Proszę podać badany narząd

MRI scan: Magnetic Resonance Imaging does not require the use of potentially harmful X-rays. It uses the effect of the magnetic field on the human body. MRI scan is used to detect lesions in tissues. The test is painless and requires lying motionless.

Badanie MR: Obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego nie wymaga użycia potencjalnie szkodliwego promieniowania rentgenowskiego. W badaniu rezonansu magnetycznego wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Obrazowanie MR wykorzystywane jest do wykrywania zmian chorobowych w tkankach. Badanie jest bezbolesne i wymaga leżenia w bezruchu.

Have you ever experienced / Czy występowało u Pani/Pana:	YES / TAK	NO / NIE
Irregular heartbeat / Nieregularne bicie serca		
Sudden loss of consciousness / Nagła utrata przytomności		
Anxiety caused by claustrophobia / Stany lękowe spowodowane klaustrofobią		
Are you pregnant? / Czy jest Pani w ciąży?		
Do you suffer from asthma? / Czy choruje Pani/Pan na astmę?		
Do you have any allergies? / Czy stwierdzono u Pani/Pana alergię?		
Have you ever had contrast agent administered during previous diagnostic tests? / Czy miał/a Pani/Pan podawane środki kontrastowe podczas wcześniejszych badań diagnostycznych?		
Do you suffer from / Czy rozpoznano u Pani/Pana:		
Kidney failure / Niewydolność nerek		
Cardiological problems / Schorzenia kardiologiczne		
Neurological diseases (especially epilepsy, convulsions) / Choroby neurologiczne (zwłaszcza padaczkę, drgawki)		
Clotting disorders and deep vein thrombosis / Zaburzenia krzepnięcia i zakrzepicę żył głębokich		
Increased concentration of iron in the serum / Podwyższone stężenie żelaza w surowicy		
Hyperparathyroidism / Nadczynność przytarczyc		
Hypothyroidism / Niedoczynność tarczycy		
Diabetes / Cukrzycę		
Liver failure – have you had liver transplant? / Niewydolność wątroby (czy miał/a Pan/Pani wykonany przeszczep wątroby)		
Other / Inne		
Do you use erythropoietin? / Czy stosuje Pani/Pan erytropoetynę		
Have you had surgery recently (especially vascular)? / Czy przebyła/ł Pani/Pan ostatnio zabieg operacyjny (szczególnie naczyniowy)?		
Do you know your creatinine level? / Czy znany jest Pani/Panu poziom kreatyniny w surowicy krwi?		

Metal objects which are found in magnetic field of the MRI unit may hinder interpretation of the result. Moreover, in some cases they are contraindications to MRI. Please indicate if any of the following applies to you:

Metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu mogą utrudnić interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do badania. Prosimy o zaznaczenie, jeżeli jakkolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana

Do you have following implants / Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:	YES / TAK	NO / NIE
Cardiac pacemaker / Rozrusznik serca		
Iron filings in the body or skin (have you ever worked with metal processing industry) / metalowe opiłki w ciele lub skórze? (czy pracował Pan(i) przy obróbce metali skrawaniem?)		
Hearing aid / Implant słuchowy		
Artificial heart valves / Sztuczne zastawki serca		
Intracranial vascular clips / Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe		
Cardiac chamber or core valves / Zastawki komorowe lub rdzeniowe		
Neurostimulators / neurostymulatory		
Metal joint implants / Metalowe protezy stawów		
Metal dental bridges / metalowe mostki zębowe		
Metal Intra Uterine Device (IUD) / Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirala)		
Metal surgical sutures / metalowe szwy chirurgiczne		
Other metal implants (which?) / Inne wszczepione metale (jakie?)		
Have you been informed about the possibility of injection of contrast agent? / Czy poinformowano Panią/Pana o możliwości podania kontrastu na potrzeby badania?		

I, the undersigned, declare that I have read and understood the above information and the data I provided is correct. I declare that I take full responsibility for the information provided and consciously agree to Magnetic Resonance Imaging test.

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i świadomie wyrażam zgodę na badanie z wykorzystaniem Rezonansu Magnetycznego.

Date and legible signature of the patient Data i czytelny podpis pacjenta

In case of patient 16-18 years of age – parallel signature of legal guardian
W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego

Stamp and signature of a technician Stamp and signature of a doctor.....
Podpis i pieczętka technika Podpis i pieczętka lekarza

In the case of bringing your medical documentation please tick:		
TYPE AND NUMBER OF PROVIDED DOCUMENTATION (MRI, CT scan, X-RAY, USG, PET, other)		
W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę zaznaczyć:		
RODZAJ I ILOŚĆ DOSTARCZONEJ DOKUMENTACJI BADANIA (MR, TK, RTG, USG, PET, inne)		
CD.....	Plate.....	Paper documents.....

Date and legible signature of the patient
Data i czytelny podpis pacjenta

Legible signature of legal guardian**
Czytelny podpis (imię i nazwisko) opiekuna prawnego lub ustawowego przedstawiciela Pacjentki/ Pacjenta**

According to the art. 24 of the Act of 29.08.1997 on personal data protection (Dz. U. of 2002., 101, pos. 926, as amended.), we inform that the Personal Data Administrator is Sport Medica S.A. based in Warsaw, ul. Pory 78. Your personal data is processed within the scope specified by law for the purpose of medical services. You have the right to access, update or correct your data

Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., 101, poz. 926, ze zm.) informujemy, że Administratorem Danych Osobowych jest Sport Medica S.A., z siedzibą w Warszawie, ul. Pory 78. Państwa dane osobowe przetwarzane są w zakresie określonym przepisami prawa w celu realizacji usług medycznych. Mają Państwo prawo do wglądu, aktualizowania i poprawiania swoich danych.

**) in case of a minor / w przypadku Pacjentki/Pacjenta niepełnoletniego

- under 16 years of age - a statement must be signed by legal guardian of the patient / poniżej 16-go roku życia – oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel Pacjentki/Pacjenta
- aged 16 - 18 years - a statement must be signed by a patient and their legal guardian / w wieku 16-18 lat – oświadczenie podpisuje Pacjentka/Pacjent oraz ustawowy przedstawiciel

Approved by: Medical Director Version 3, Valid from 02.03.2021

Place and date

Patient's Name / Nazwisko Pacjenta.....

Date of birth / Data urodzenia.....

CONSENT TO MRI TEST (Magnetic Resonance Imaging) WITH CONTRAST ZGODA NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM Z KONTRASTEM

Contrast agents applied during MRI scan can cause adverse reactions, which occur rarely, and usually are mild and of short duration (in some cases late allergic reactions may occur). They are:

- nausea, vomiting, dysgeusia, fatigue, increased sweating
- paresthesia, skin reactions, hives, itching, pale skin, eczema
- pain and sensation of cold or heat at the injection site, headaches and muscle cramps
- disturbances of consciousness, epilepsy, headache, and feeling hot
- **anaphylactic reactions:** swelling of blood vessels, shock, sudden cardiac arrest, low blood pressure, swelling of the throat, laryngospasm, bronchospasm, stridor, pulmonary edema, respiratory disorder, cough, runny nose, sneezing, conjunctivitis, abdominal pain, chest pain, rash
- tearing of the vein, extravasations of contrast outside the vein

Each symptom of intolerance to contrast agent must be immediately reported to the medical staff.

Medical history for allergies and prior adverse reactions to iodine-based contrast agents used during CT scans and gadolinium contrast agents used during MRI scans increase the likelihood of adverse reactions. Patients with impaired kidney (renal) function should be given special consideration before receiving iodine-based contrast materials. In such cases before performing MRI with contrast, it is necessary to examine the level of creatinine in the blood to assess renal function.

The use of gadolinium contrast agents during MRI scan in patients with chronic kidney disease may also cause rare kidney problem called NSF - Nephrogenic System Fibrosis. NSF causes progressive fibrosis of the skin and internal organs: liver, heart, lungs, diaphragm and muscles.

The risk of developing NSF increases proportionally to the degree of renal damage (regardless of the cause), the dose and frequency of administration of gadolinium. Other factors causing the occurrence of NSF could be:

- coagulation disorders and deep vein thrombosis, inflammation,
- recent surgery (especially vascular),
- the use of high doses of erythropoietin, increased concentration of serum iron,
- hypothyroidism and secondary hyperparathyroidism,
- presence of anticardiolipin antibodies.

Contrast agents used for MRI do not interact with other drugs and in most cases are rapidly excreted by the kidneys as unchanged substance.

I hereby **give my consent / do not give my consent** * to undergo MRI scan with intravenous administration of gadolinium contrast agent. I have been instructed about the possible occurrence of complications as well as the limited diagnostic value of MRI in case I do not agree to the injection of the contrast. I was given a possibility to express my doubts, I understood instructions given by medical staff, I have no further concerns.

Wyrażam /nie wyrażam* świadomą zgodę na badanie MR z dożylnym podaniem gadolinowego środka kontrastowego. Zostałem pouczony o możliwych wystąpieniach powikłań jak również o ograniczonej wartości diagnostycznej badania MR w razie nie wyrażenia zgody na badanie z podaniem środka cieniującego. Mogłem wyjaśnić swoje wątpliwości, pouczenie personelu medycznego zrozumiałem, nie mam uwag.

Date and legible signature of the patient
Data i czytelny podpis pacjenta

Legible signature of legal guardian**
Czytelny podpis (imię i nazwisko) opiekuna prawnego lub ustawowego przedstawiciela Pacjentki/ Pacjenta**

* delete as appropriate

** in case of a minor / w przypadku Pacjentki/Pacjenta niepełnoletniego

- *under 16 years of age - a statement must be signed by legal guardian of the patient* / poniżej 16-go roku życia – oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel Pacjentki/Pacjenta
- *aged 16 - 18 years - a statement must be signed by a patient and their legal guardian* / w wieku 16-18 lat – oświadczenie podpisuje Pacjentka/Pacjent oraz ustawowy przedstawiciel

Approved by: Medical Director Version 3, Valid from 02.03.2021