

## ANKIETA PRZED WYKONANIEM BADANIA PRZY UŻYCIU REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i Nazwisko Pacjenta..... PESEL/Data urodzenia.....

Data badania..... Waga.....

Proszę podać badany narząd.....

**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.

<b>Czy występowało u Pani/Pana:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Nieregularne bicie serca		
Nagła utrata przytomności		
Stany lękowe spowodowane klaustrofobią		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy choruje Pani/Pan na astmę?		
Czy stwierdzono u Pani/Pana alergię?		
Czy miał/a Pani/Pan podawane środki kontrastowe podczas wcześniejszych badań diagnostycznych?		
<b>Czy rozpoznano u Pani/Pana:</b>		
Niewydolność nerek		
Schorzenia kardiologiczne		
Choroby neurologiczne (zwłaszcza padaczkę, drgawki)		
Zaburzenia krzepnięcia i zakrzepicę żył głębokich		
Podwyższone stężenie żelaza w surowicy		
Nadczynność przytarczyc		
Niedoczynność tarczycy		
Cukrzycę		
Niewydolność wątroby (czy miał/a Pan/Pani wykonany przeszczep wątroby)		
Inne		
Czy stosuje Pani/Pan erytropoetynę		
<b>Czy przebyła/ł Pani/Pan ostatnio zabieg operacyjny (szczególnie naczyniowy)?</b>		
Czy znany jest Pani/Panu poziom kreatyniny w surowicy krwi?		

**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.**

<b>Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Rozrusznik serca		
Metalowe opiłki w ciele lub skórze (czy pracował(a) Pan(i) przy obróbce metali skrawaniem?)		
Implant słuchowy		
Sztuczne zastawki serca		
Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe		

Zastawki komorowe lub rdzeniowe		
Neurostymulatory		
Metalowe protezy stawów		
Metalowe mostki zębowe		
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Inne wszczepione metale (jakie?).....		
Czy poinformowano Panią/Pana o możliwości podania kontrastu na potrzeby badania?		

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.

(data i czytelny podpis pacjenta) .....

(W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego).....

P

Podpis i pieczęć technika.....

Podpis i pieczęć lekarza.....

<b>W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę zaznaczyć:</b> RODZAJ i ILOŚĆ DOSTARCZONEJ DOKUMENTACJI BADANIA ( MR, TK, RTG, USG, PET, inne)		
CD.....	Klische.....	Dokumentacja papierowa.....

Czytelny podpis pacjenta .....

.....

Czytelny podpis (imię i nazwisko) opiekuna prawnego lub ustawowego przedstawiciela Pacjentki/ Pacjenta\*\*

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.

\*\*) w przypadku Pacjentki/Pacjenta niepełnoletniego

- poniżej 16-go roku życia – oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel

Pacjentki/Pacjenta

- w wieku 16-18 lat – oświadczenie podpisuje Pacjentka/Pacjent oraz ustawowy przedstawiciel

Zatwierdził: Kierownik Medyczny Wersja 3, Obowiązuje od 02.03.2021

Miejscowość dnia .....

Imię i nazwisko Pacjenta.....

Pesel/Data urodzenia\* .....

## Zgoda na badanie MR (Rezonans Magnetyczny)

### z podaniem środka kontrastowego

Środki kontrastowe stosowane w rezonansie magnetycznym mogą powodować reakcje niepożądane, które występują rzadko, są zwykle łagodne i krótkotrwałe (w niektórych przypadkach mogą wystąpić późne reakcje uczuleniowe). Należą do nich:

- nudności, wymioty, zaburzenia smaku, uczucie zmęczenia, zwiększona potliwość
- parastezje, reakcje skórne, pokrzywka, świąd, bladość skóry, egzema
- ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni
- zaburzenia świadomości, padaczka, ból głowy i uczucie gorąca
- **reakcje anafilaktyczne:** obrzęk naczyń, wstrząs, nagłe zatrzymanie krążenia, obniżenie ciśnienia krwi, obrzęk krtani, skurcz krtani, oskrzeli, stridor, obrzęk płuc, zaburzenia oddychania, kaszel, katar, kichanie, zapalenie spojówek, ból brzucha, ból w klatce piersiowej, wysypka)
- przerwanie ciągłości żyły, wynaczynienie kontrastu poza żyłę

O każdym przypadku wystąpienia objawów nietolerancji środka kontrastowego należy natychmiast poinformować personel medyczny pracowni.

Wywiad alergiczny, oraz wcześniejsze reakcje uboczne na jodowe środki cieniujące w TK i gadolinowe środki kontrastowe w MR zwiększają prawdopodobieństwo występowania działań niepożądanych. Należy zachować ostrożność przy podawaniu środków kontrastowych pacjentom ze schorzeniami nerek, w takich przypadkach przed badaniem MR z kontrastem, celem oceny wydolności nerek, zalecane jest wykonanie badania poziomu kreatyniny w surowicy.

U chorych z przewlekłą chorobą nerek gadolinowe środki kontrastowe stosowane w MR mogą rzadko powodować także schorzenie nerek o nazwie - Nerkowe włóknienie układowe (ang. NSF -Nephrogenic Systemic Fibrosis), charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony i mięśni.

Ryzyko wystąpienia NSF wzrasta proporcjonalnie do stopnia uszkodzenia nerek (niezależnie od przyczyny) i wielkości dawki i częstości podania gadolinu. Innymi czynnikami NSF mogą być:

- 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.

Środki kontrastowe do badań MR nie wchodzi w interakcje z innymi lekami i w większości przypadków są szybko wydalane przez nerki w postaci niezmienionej.

**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.**

Czytelny podpis pacjenta .....

.....

Czytelny podpis (imię i nazwisko) opiekuna prawnego lub ustawowego przedstawiciela Pacjentki/ Pacjenta\*\*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* ) w przypadku Pacjentki/Pacjenta niepełnoletniego

- poniżej 16-go roku życia – oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel Pacjentki/Pacjenta
- w wieku 16-18 lat – oświadczenie podpisuje Pacjentka/Pacjent oraz ustawowy przedstawiciel

Zatwierdził: Kierownik Medyczny Wersja 3, Obowiązuje od 02.03.2021