**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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy występowało u Pani/Pana:** | **TAK** | **NIE** |
| 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? |  |  |
| **Czy rozpoznano u Pani/Pana:** |  |  |
| 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 |  |  |
| **Czy przebyła/ł Pani/Pan ostatnio zabieg operacyjny (szczególnie naczyniowy)?** |  |  |
| 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 jakakolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:** | **TAK** | **NIE** |
| 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 pełna 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 miedzy 16 – 18 r.ż zgoda równoległa opiekuna prawnego) ………………

Podpis i pieczątka technika …………………………………………….. Podpis i pieczątka lekarza ………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę zaznaczyć:**  RODZAJ I ILOŚĆ DOSTARCZONEJ DOKUMENTACJI BADANIA (MR, TK, RTG, USG, PET, inne) | | |
| CD ……………………………………… | Klisze……………………………………… | 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 2002r., 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. Maja 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:** Dyrektor Medyczny Wersja , Obowiązuje od 05.03.2024

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, pokrzywkami świąd, bladość skóry, egzema;
* ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bole 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, wyznaczenie 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 Systemie 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 wchodzą 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 wystąpienia powikłaniach 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\*\*

\*\*) 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:** Dyrektor Medyczny Wersja , Obowiązuje od 05.03.2024