

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO - PACJENCI AMBULATORYJNI

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko: Data badania:

Numer telefonu: Waga pacjenta:

Adres E-mailowy: Wzrost pacjenta:

1. Co to jest badanie rezonansem magnetyczny (MRI): Rezonans magnetyczny to bezbolesna i nieinwazyjna metoda diagnostyczna, która **nie wykorzystuje promieniowania rentgenowskiego**. Do uzyskania obrazów narządów i tkanek używa się silnego pola magnetycznego. MRI pozwala wykrywać zmiany chorobowe m.in. w obrębie mózgu i układu nerwowego, zatok, szyi, stawów, kręgosłupa, tkanek miękkich, narządów jamy brzusznej oraz miednicy. Przy braku przeciwwskazań badanie jest bezpieczne i zazwyczaj nie powoduje skutków ubocznych.

2. Cel badania: ocena strukturalna narządów oraz wykluczenie organicznych zmian ogniskowych.

3. Bezwzględne przeciwwskazania:

- Posiadanie przez pacjenta stymulatora serca lub innych implantowanych stymulatorów (np. neurostymulatorów, stymulatorów nerwów).
- Posiadanie pompy insulinowej lub innych pomp infuzyjnych.
- Posiadanie klipsów naczyniowych.
- Posiadanie wewnętrznych protez słuchowych – implanty słuchu.
- Obecność metalicznego ciała obcego w gałce ocznej.
- Ciężka klaustrofobia uniemożliwiająca pozostanie w skanerze.

Uwagi dotyczące badań z podaniem kontrastu

Szczególne ryzyko reakcji niepożądanych dotyczy pacjentów:

- ze skłonnością do alergii,
- chorujących na astmę oskrzelową,
- u których w przeszłości wystąpiła jakakolwiek reakcja nadwrażliwości na środki kontrastowe.

Wcześniejsza alergia na jodowe środki kontrastowe stosowane w tomografii komputerowej może stanowić sygnał ostrzegawczy, **nie oznacza jednak automatycznie uczulenia na kontrasty stosowane w rezonansie magnetycznym**, ponieważ są to preparaty o innym składzie chemicznym.

4. Wskazania do wykonania rezonansu magnetycznego (MRI): wskazania określa lekarz prowadzący.

5. Przygotowanie pacjenta do badania:

- W przeddzień badania należy wypić ok. 2 litry obojętnego płynu. Jeśli badanie odbywa się z kontrastem, pacjent powinien pozostawać na czczo przez co najmniej 4 godziny.
- Na badanie należy zgłosić się 30 minut wcześniej w celu potwierdzenia wizyty. Samo badanie trwa zwykle 20–60 minut; podczas jego trwania należy leżeć nieruchomo. Głośny hałas urządzenia jest zjawiskiem normalnym. Po badaniu z kontrastem zalecana jest 30-minutowa obserwacja, a w razie niepokojących objawów należy zgłosić się do lekarza.
- Pacjenci po zabiegach kardiologicznych, naczyniowych lub z implantami powinni dostarczyć kartę informacyjną lub „paszport implantu” potwierdzający możliwość wykonania badania MR.
- Należy dostarczyć wcześniejsze wyniki badań dotyczących badanej okolicy; w przypadku ich braku doliczana jest opłata 300 zł za analizę bez dokumentacji porównawczej.
- Jeśli istnieje podejrzenie obecności opiłków metalu w ciele wymagany jest wynik RTG głównie oczodołów.
- Leki stosowane na stałe należy przyjmować zgodnie z zaleceniami lekarza, również w dniu badania.

W dniu badania należy przestrzegać następujących zasad:

- **Nie stosować lakieru do włosów** – wiele kosmetyków zawiera drobinki metali, które mogą powodować artefakty i obniżać wartość diagnostyczną badania.
- **Usunąć makijaż**, zwłaszcza w przypadku badania głowy, ponieważ może on uniemożliwić lub znacząco pogorszyć jakość obrazów.
- **Zdjąć okulary, biustonosz z fiszbinami, spinki do włosów, biżuterię** (kolczyki, łańcuszki itp.) oraz **protezy dentystyczne** przed przystąpieniem do badania.
- **Unikać ubrań z dodatkiem lycry**; najlepiej założyć luźną odzież z tkanin naturalnych, bez metalowych elementów, takich jak suwaki czy zatrzaski.

- **Nie wnosić do pracowni urządzeń elektronicznych i przedmiotów wrażliwych na pole magnetyczne**, takich jak zegarki, karty magnetyczne, telefony komórkowe, aparaty słuchowe oraz inne urządzenia elektryczne. Pracownia nie ponosi odpowiedzialności za ich ewentualne uszkodzenie.
- **U kobiet w ciąży zwłaszcza jej pierwszym trymestrze wykonywanie** badań rezonansu należy ograniczyć do wskazań życiowych. Jeśli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie bez ruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.

Radiolog nadzorujący badanie może nie wyrazić zgody na podanie kontrastu jeśli pacjent ma do tego bezwzględne przeciwwskazania.

6. Jak należy zachować się podczas badania: Badanie rezonansu magnetycznego wymaga pozostawania w bezruchu przez kilkanaście minut do nawet godziny. Na czas badania pacjent powinien leżeć spokojnie i równomiernie oddychać. Jeżeli pacjent jest pobudzony lub odczuwa silny ból uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.

7. Opis możliwych powikłań po wykonaniu badania rezonansem magnetycznym

Badanie rezonansem magnetycznym (MR) jest uważane za bardzo bezpieczne, o ile pacjent został prawidłowo zakwalifikowany, a przeciwwskazania zostały wcześniej wykluczone. Ryzyko działań niepożądanych dotyczy głównie sytuacji, w których w ciele pacjenta znajdują się elementy takie jak stymulator serca, stenty, klipsy naczyniowe, implanty czy protezy wykonane z materiałów ferromagnetycznych. Informacje te są zawsze weryfikowane w Ankiecie przed badaniem. Podczas badania, z powodu dłuższej pozycji leżącej, mogą sporadycznie wystąpić nudności, wymioty, refluks lub uczucie duszności. Jeśli konieczne jest podanie środka kontrastowego, istnieje niewielkie ryzyko reakcji niepożądanych — od łagodnego uczucia ciepła po rzadkie reakcje cięższe — które są monitorowane przez personel medyczny. Właściwa kwalifikacja sprawia, że MR pozostaje jedną z najbezpieczniejszych metod diagnostycznych. Możliwe powikłania obejmują:

1. **Miejscowe** — pieczenie, swędzenie, wysypkę, pęcherze, zaczerwienienie skóry, ból lub uczucie zimna/gorąca w miejscu podania kontrastu.
2. **Ogólnoustrojowe** — nudności, wymioty, zaburzenia smaku i widzenia, uczucie zmęczenia, zwiększoną potliwość, uczucie gorąca, parestezje, reakcje skórne, pokrzywkę, świąd, bledność, bóle i skurcze mięśni.
3. **Układ oddechowy** — skurcz lub obrzęk krtani, skurcz oskrzeli, duszność.
4. **Układ krążenia** — zaburzenia rytmu serca, wahania ciśnienia tętniczego, a w skrajnych przypadkach nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania lub zgon.
5. **Układ nerwowy** — drgawki, zaburzenia świadomości, ból głowy.
6. **Nerki** — ryzyko nasilenia istniejącego uszkodzenia funkcji nerek.
7. **Wenflon i wynaczynienie kontrastu** — możliwe uszkodzenie naczynia, zakrzepy lub zatory, rozwarstwienie naczynia, miejscowy stan zapalny, zakrzepica żył powierzchownych lub głębokich oraz w przypadku znacznego wynaczynienia.

Pacjent nie może wnosić do pracowni żadnych przedmiotów metalowych ani wrażliwych na pole elektromagnetyczne. Placówka nie ponosi odpowiedzialności za uszkodzenie lub utratę jakichkolwiek przedmiotów wniesionych przez pacjenta.

Ja niżej podpisana/y oświadczam że przeczytałam/em i zrozumiałam/e powyższe informacje. Oświadczam jednocześnie, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie wyczerpujące odpowiedzi. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania. Zgodę na badanie wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/am wystarczającą ilość czasu.

.....
data, miejsce

.....
czytelny podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego

.....
czytelny podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przekazanie mojego wyniku badania MRI na elektronicznym nośniku CD. Potwierdzam, że wynik badania w formie pisemnej odbiorę w Rejestracji Diagnostyki Obrazowej w Centrum Medycznym Zabobrze.

.....
data, miejsce

.....
czytelny podpis pacjenta

Informacje o Pacjencie

.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

Adres e-mail:

.....
numer telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

.....
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

.....
numer telefonu

Adres e-mail:

Okolica ciała poddana badaniu rezonansem magnetycznym

.....

UPRZEJMIIE PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO KWESTIONARIUSZA. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

Prawidłową odpowiedź prosimy zakreślić kółkiem

Waga ciała / wzrost	kg	cm
---------------------	----	----

Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią – wypełnia kobieta		
Czy jest Pani w ciąży?	Tak	Nie
Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR z użyciem środka kontrastowego		
Czy miała/miał Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem kontrastu? (np. urografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)	Tak	Nie
Czy po podaniu środka kontrastowego: jodowego (TK, urografia) lub gadolinowego (MR) wystąpiły powikłania? Jeśli tak to jakie:	Tak	Nie
Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR		
Klaustrofobia	Tak	Nie
Stymulator /elektrody serca / rozrusznik / odłamki / kule	Tak	Nie
Metalowe opłuki w ciele (szczególnie w gałce ocznej)	Tak	Nie
Implant słuchowy	Tak	Nie
Sztuczne zastawki serca	Tak	Nie
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczepione elementy wewnątrznaczyniowe (np. filtry naczyniowe, spirale embolizujące)	Tak	Nie
Zastawki komorowe lub rdzeniowe	Tak	Nie
Neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory	Tak	Nie
Metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy	Tak	Nie
Metalowe elementy stomatologiczne (np. mostki zębowe, protezy)	Tak	Nie
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) - dotyczy kobiet	Tak	Nie

Metalowe szwy chirurgiczne			Tak	Nie	
Inne wszczepione elementy metalowe (jakie?)			Tak	Nie	
Wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)			Tak	Nie	
Tatuaż , trwałe makijaż			Tak	Nie	
Czy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? Jeśli tak proszę wymienić oraz w którym roku			Tak	Nie	
Czy zdiagnozowano u Pani /Pana:					
Astmę, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)	Tak	Nie	Schorzenia kardiologiczne	Tak	Nie
Choroby nerek	Tak	Nie	Choroby tarczycy (niedoczynność, nadczynność, wole Hashimoto)	Tak	Nie
Choroby neurologiczne (padaczkę, drgawki)	Tak	Nie	Czy stosuje Pani/Pan erytropoetynę?	Tak	Nie
Nadciśnienie tętnicze	Tak	Nie	Zaburzenia krzepnięcia i zakrzepicę żył głębokich	Tak	Nie

Oświadczam, że dostarczyłem/łam dokumentację medyczną:

OPIS BADANIA	SZTUK:	
KONSULTACJA LEKARSKA	SZTUK:	
CD	SZTUK:	
BRAK DOKUMENTACJI		
INNE, JAKIE?		

.....
(Data i podpis pacjenta)

Pacjent oświadcza, że jeżeli do wykonania usługi nie dojdzie z przyczyn leżących po stronie pacjenta (np. poruszenie się w trakcie badania, przerwanie badania przez pacjenta), pacjentowi nie przysługuje roszczenie o zwrot ceny badania.

.....
(Data i podpis pacjenta)

WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY PO BADANIU:

KARTA ZLECEŃ JEDNORAZOWYCH:

Data zlecenia	Nazwa leku postać dawka i droga podania	Pieczęć i podpis lekarza zlecającego	Godz. realizacji i pieczęć podpis realizującego