

**PRZED BADANIEM REZONANSEM MAGNETYCZNYM
Z PODANIEM DOŻYLNIEGO ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety.

Podane informacje objęte są tajemnicą zawodową i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

RODZAJ BADANIA :

Wywiad (dolegliwości, urazy itp.) :

CZY JEST TO PIERWSZE BADANIE TEJ OKOLICY CIAŁA (proszę zaznaczyć) : **TAK** **NIE ***

* **POPZEDNIE BADANIE / BADANIA BYŁY** (kiedy) :

JEŚLI BYŁY POPZEDNIE BADANIA KONIECZNE JEST DOSTARCZENIE PŁYT.
!!! BRAK PŁYT Z POPZEDNICH BADAŃ SKUTKUJE BRAKIEM PORÓWNIANIA W OPISIE

Data badania / / r

Płeć **K** **M**

Nazwisko.....

Wzrost.....cm

Imię.....

Waga.....kg

PESEL

Kreatynina.....mg/dL

Adres zamieszkania : ul.

Kod pocztowy : Miejscowość:

NUMER TELEFONU :

(do kontaktu w sprawie badania)

Proszę o wypełnienie ankiety przez zaznaczenie właściwych odpowiedzi

TAK NIE

	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani minimum 3 godziny na czczo?		
Czy miał(a) Pan/Pani już wykonywane badanie rezonansem magnetycznym, tomografem komputerowym lub angiografię z użyciem środka kontrastowego?		
Czy miał(a) Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek operacje?		
Czy posiada Pan/Pani którekolwiek z niżej wymienionych przedmiotów?:		
-Rozrusznik serca (stymulator, ICD, elektrody)		
-Implantowaną sztuczną zastawkę serca, zastawkę neurochirurgiczną		
-Filtry, spirale wewnątrznaczyniowe, stenty		
-Klips chirurgiczny lub naczyniowy, stapler, port naczyniowy		
-Implant ślimakowy lub uszny, protezę gałki ocznej, opłki na oku		
-Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
- Protezę zębową , mostek, aparat ortodontyczny, metalowe zęby		
- Implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, płytki), protezę kończyn		
-Tataż, trwały makijaż		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?		
Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży?		
Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na jakiegokolwiek lekarstwa? Jakie ?.		
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę/padaczkę/alergię/hemofilię, udar ?		
Czy ma Pan/Pani problemy z nerkami? Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek? Czy jest Pan/Pani dializowany(a)?		

Rodzaj i ilość kontrastu:

Technik wykonujący:

Pielęgniarka podająca kontrast:

Lekarz zlecający :

INFORMACJE O BADANIU REZONANSEM MAGNETYCZNYM :

1. Badanie rezonansem magnetycznym wymaga przebywania w bezruchu ok.20 minut lub dłużej.
2. Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie absolutnie **żadnych przedmiotów metalowych**, kart magnetycznych, przedmiotów elektronicznych (telefonów komórkowych, tabletów i innych tego typu urządzeń) gdyż mogą one ulec uszkodzeniu lub spowodować uszkodzenie aparatu.
3. **Prosimy o zgłaszanie się bez makijażu**, lakieru do włosów i innych barwnych kosmetyków – często zawierają one drobinki metali, które są powodem wystąpienia zakłóceń pola magnetycznego i uniemożliwiają uzyskanie prawidłowych obrazów. Mogą one także nagrzewać się podczas badania.

OPIS MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ PO WYKONANIU BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM (RM) WAZNE !!! :

Badanie RM może wywołać potencjalne skutki uboczne przede wszystkim przy nie stosowaniu się do przeciwwskazań co do jego wykonania. Takimi przeciwwskazaniami są okoliczności wymienione w Ankiecie znajdujące się w tabelce na poprzedniej stronie m.in: umieszczone w ciele Pacjenta stenty, stymulatory serca, sztuczne zastawki serca, klipsy naczyniowe, implanty z materiałów ferromagnetycznych, protezy ortopedyczne. Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania oraz wykluczeniu przeciwwskazań badanie RM jest jednym z **najbezpieczniejszych** badań diagnostyki obrazowej

Dodatkowymi powikłaniami (poza wynikającymi wprost z niestosowania się do przeciwwskazań wymienionych w Ankiecie stanowiącej integralną część niniejszego dokumentu) a związanymi z wykonywaniem badania rezonansem magnetycznym mogą być:

- a) **następstwa pozycji leżącej** (np. wymioty, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania)
- b) **powikłania związane z dożylnym podaniem środka kontrastowego**, które mogą mieć różne nasilenie i charakter, częstość występowania, oraz odstęp czasowy pomiędzy ich wystąpieniem, a podaniem środka kontrastowego może być :

- **Możliwe wczesne działania niepożądane po podaniu środków kontrastowych:**

- **LEKKIE:** nudności, wymioty, pokrzywka, świąd skóry, chryпка, kaszel, kichanie, obfite pocenie się, uczucie ciepła;
- Umiarkowane: omdlenie, ciężkie wymioty, rozlega pokrzywka, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli;
- **CIEŻKIE:** drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia.

- **Możliwe opóźnione działania niepożądane po podaniu środków kontrastowych:**

- Reakcje skórne: wysypka, świąd, obrzęk;
- Reakcje ogólnoustrojowe: bóle, zawroty głowy, nudności, biegunka, dreszcze, skurcze mięśni,
- Opóźnione: bóle rąk, inne reakcje;

c) **powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu** i wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę

- uszkodzenie naczynia krwionośnego, • zator lub zakrzep w naczyniu żylnym, • rozwarstwienie naczynia żylnego • lokalne zmiany zapalne w miejscu wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę, • zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

OPIS BADANIA: wydawany razem z badaniem nagrany na płytę DVD w terminie **14 dni roboczych** od daty wykonania badania. Istnieje możliwość odebrania płyty w dniu badania –po jego wykonaniu (bez opisu).

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że: (zaznaczyć krzyżykiem w polu oraz podpisać)

Wyrażam zgodę na badanie rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego

Podpis:

Poinformowano mnie w sposób zrozumiały o przebiegu badania oraz o przeciwwskazaniach i ryzyku powikłań związanych z dożylnym podaniem środka kontrastowego podczas badania rezonansem magnetycznym.

Zostałem(am) poinformowany o **KOSZTACH** związanych z badaniem i zobowiązuje się do ich pokrycia.

Powyższe pytania są dla mnie zrozumiałe, a podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

data i czytelny podpis pacjenta /opiekuna prawnego

Oświadczam, że:

osobą poważnioną do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej w tym wyników badań jest :

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

nie upoważniam żadnej osoby do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej w tym wyników badań

.....
data i podpis pacjenta

str 2/2