

**Tomograf Sp. z o.o.**

NZOZ TOMOGRAF

88-100 Inowrocław, ul. 59 Pułku Piechoty 6

Pracownia Rezonansu Magnetycznego

Tel. 52 523 98 80

Kod I: 000000002913

Kod V: 01, Kod VII: 006, Kod VIII: 7250

# Zgoda Pacjenta na badanie Rezonansem Magnetycznym (MR)

**I. Informacje o Pacjencie**

imię i nazwisko Pacjenta

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

data urodzenia

numer telefonu

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

PESEL

imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

**II. Okolica ciała poddana badaniu rezonansem magnetycznym****III. W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola „X”**

Waga ciała / wzrost	kg	cm
<b>Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią – wypełnia kobieta</b>		<b>tak</b> <b>nie</b>
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
<b>Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR z użyciem środka kontrastowego</b>		<b>tak</b> <b>nie</b>
Czy miała Pani / miał Pan badanie z dożylnym podaniem kontrastu? (np. urografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)		
Czy po podaniu środka kontrastowego: jodowego (TK, urografia) lub gadolinowego (MR) wystąpiły powikłania?		
<b>Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR</b>		<b>tak</b> <b>nie</b>
Klaustrofobia		
Stymulator / elektrody serca		
Metalowe opiłki w ciele		
Implant słuchowy		
Sztuczne zastawki serca		
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczone elementy wewnątrznaczyniowe (np. filtry naczyniowe, spirale embolizujące)		
Zastawki komorowe lub rdzeniowe		
Neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory		
Metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy		
Metalowe elementy stomatologiczne		
Inne wszczone elementy metalowe (jakie?)		
Wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)		
Czy miała Pani / miał Pan wykonywane zabiegi operacyjne? (proszę wymienić)		
<b>Czy zdiagnozowano u Pani / Pana:</b>		<b>tak</b> <b>nie</b>
Niewydolność nerek		
Chorobę układu nerwowego (np. udar, padaczkę, utraty przytomności)		
Astmę, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)		
Jak ocenia Pani/Pan aktualne samopoczucie? Proszę opisać je w kilku słowach		
<b>W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę zaznaczyć: RODZAJ I ILOŚĆ DOSTARCZONEJ DOKUMENTACJI BADANIA (MR, TK, RTG, USG, PET, inne)</b>		
CD	Klisyze	Dokumentacja papierowa

Informacje dodatkowe	tak	nie	nie dotyczy
Zostałam/em poinformowana/y o ewentualnych kosztach związanych z badaniem i zobowiązuję się do ich pokrycia.			
Całkowity koszt ok. ....			

#### IV. Informacja o badaniu

##### 1. Opis badania rezonansem magnetycznym

Obrazowanie rezonansem magnetycznym nie wymaga użycia szkodliwego promieniowania jonizującego. W badaniu wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Obrazowanie MR wykorzystywane jest do wykrywania zmian chorobowych w tkankach. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne. W przypadku braku przeciwwskazań, co do zasady, nie powoduje skutków ubocznych u badanego. Alternatywnym sposobem obrazowania jest wykonanie badania USG, jednak charakteryzuje się ono mniejszą czułością diagnostyczną.

##### 2. Opis możliwych powikłań po wykonaniu badania rezonansem magnetycznym i bezpieczeństwo badania

Badanie może wywołać potencjalne skutki uboczne (w przypadku niestosowania się do przeciwwskazań co do jego wykonania). Takimi przeciwwskazaniami są okoliczności wymienione w ankiecie znajdującej się powyżej; są to m.in.: umieszczone w ciele Pacjenta stenty, stymulatory serca, sztuczne zastawki serca, elektrody, klipsy naczyniowe, implanty z materiałów ferromagnetycznych, protezy ortopedyczne. Przed badaniem należy również usunąć i pozostawić w wyznaczonym do tego miejscu monety, spinki, zegarki, klucze oraz wszelką elektronikę. Przedmioty te znajdując się w polu magnetycznym stanowią bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta oraz technika elektroradiologa przeprowadzającego badanie. Technik elektroradiolog ma prawo odstąpić od wykonania badania w przypadku braku współpracy z pacjentem w wyżej wymienionej kwestii. W przypadku zachowania prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR, wykluczenia przeciwwskazań do jego wykonania oraz stosowanie się do zaleceń personelu przed, w trakcie oraz po badaniu rezonans magnetyczny jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.

##### 3. Opis badania rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego

O wyborze metody badania, z podaniem lub bez podania środka kontrastowego, zawsze decyduje lekarz radiolog nadzorujący badanie. Podejmuje on decyzję na podstawie uwzględnionych w skierowaniu danych klinicznych, a w razie konieczności również wywiadu z Pacjentem i oceny pierwszych sekwencji rezonansu magnetycznego bez kontrastu. W celu podania środka konieczne jest przygotowanie dostępu żylnego z zastosowaniem wenflonu. Środek kontrastowy podawany jest najczęściej dożylnie, rzadziej do kanału kręgowego lub w inną przestrzeń. Środek kontrastowy do rezonansu magnetycznego jest innym preparatem niż środek cieniujący do tomografii komputerowej i nie zawiera w swojej budowie jodu, lecz pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. Jest to także preparat niejonowy, niskoosmolarny, o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla Pacjenta. Podczas podawania środka kontrastowego może wystąpić uszkodzenie naczynia żylnego, związane z założeniem wenflonu lub wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę. W takich sytuacjach personel medyczny ogranicza skutki uszkodzenia naczynia lub wynaczynienia środka kontrastowego oraz przeciwdziała skutkom odległym (pod postacią stanu zapalnego lub martwicy skóry). Środki kontrastowe zastosowane w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki. Nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.

##### 4. Opis możliwych powikłań po podaniu środka kontrastowego

Częstotliwość występowania powikłań po podaniu preparatów gadolinowych w rezonansie magnetycznym jest mniejsza niż po podaniu środków jodowych w tomografii komputerowej i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy pamiętać, że każdy stosowany środek kontrastowy, jako substancja obca dla organizmu, może spowodować reakcje uboczne.

Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego mogą:

- wystąpić w różnym czasie po podaniu (niezwłocznie lub z nawet wielogodzinnym opóźnieniem);
- mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania oraz zgonu włącznie);
- mieć różny charakter: **miejscowy** (dot. m.in. odczynów skórnych, pieczenia, swędzenia, wysypki, pęcherzy, zaczerwienień) lub **ogólnoustrojowy** (dot. m.in. nudności, wymiotów, zaburzeń smaku, zaburzeń widzenia, uczucia zmęczenia, zwiększonej potliwości, uczucia gorąca, parestezji, reakcji skórnych, pokrzywki, świądu, bledkości skóry, egzemy, bólu i uczucia zimna lub gorąca w miejscu podania, bólów i skurczy mięśni);
- wystąpić w następujących układach: **oddechowym** (dot. m.in. skurczu i obrzęku krtani oraz spastyczności oskrzeli, duszności), **krążenia** (dot. m.in. arytmii, zwyżek lub spadków ciśnienia, nagłych zatrzymań krążenia i oddychania, zgonu), **nerwowym** (dot. m.in. drgawek, zaburzeń świadomości, bólu głowy), **nerkek** (o nazwie „nerkowe włóknienie układowe”, charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony i mięśni).

Pacjent: imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego mogą:

- wystąpić w różnym czasie po podaniu (niezwłocznie lub z nawet wielogodzinnym opóźnieniem);
- mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania oraz zgonu włącznie);
- mieć różny charakter: **miejscowy** (dot. m.in. odczynów skórnych, pieczenia, swędzenia, wysypki, pęcherzy, zaczerwienień) lub **ogólnoustrojowy** (dot. m.in. nudności, wymiotów, zaburzeń smaku, zaburzeń widzenia, uczucia zmęczenia, zwiększonej potliwości, uczucia gorąca, parestezji, reakcji skórnych, pokrzywki, świądu, bladeści skóry, egzemy, bólu i uczucia zimna lub gorąca w miejscu podania, bólów i skurczy mięśni);
- wystąpić w następujących układach: **oddechowym** (dot. m.in. skurczu i obrzęku krtani oraz spastyczności oskrzeli, duszności), **krążenia** (dot. m.in. arytmii, zwyżek lub spadków ciśnienia, nagłych zatrzymań krążenia i oddychania, zgonu), **nerwowym** (dot. m.in. drgawek, zaburzeń świadomości, bólu głowy), **nerek** (o nazwie „nerkowe włóknienie układowe”, charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony i mięśni).

Powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę:

- uszkodzenie naczynia krwionośnego;
- zator lub zakrzep w naczyniu żylnym;
- rozwarstwienie naczynia żylnego i śródścienne podanie środka kontrastowego;
- lokalne zmiany zapalne w miejscu wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę;
- zespół ciasnoty spowodowany wynaczynieniem dużej ilości środka kontrastowego lub wkłuciem;
- pęcherze, owrzodzenie, nekroza skóry (możliwe do zaobserwowania ok. 6 h po wynaczynieniu).

Stosowanie obecnie w pracowniach rezonansu magnetycznego preparatów niskoosmolarnych ograniczają zarówno częstość, jak i nasilenie występowania reakcji ubocznych, jednak nie eliminuje ich całkowicie. Wywiad alergiczny oraz wcześniejsze reakcje uboczne na środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym zwiększają prawdopodobieństwo występowania działań niepożądanych. Jeśli u Pacjenta występują przeciwwskazania, nadzorujący badanie radiolog może nie wyrazić zgody na podanie kontrastu.

**O objawach jakiegokolwiek powikłania należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny.**

**tak      nie**

Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że przeczytałem(-łam) i zrozumiałem(-łam) powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały udzielone mi wszelkie informacje dotyczące rezonansu magnetycznego i podania środka kontrastowego. Jestem świadomy (-ma) możliwości wystąpienia powikłań związanych z rezonansem magnetycznym i podaniem środka kontrastowego, a także ograniczonej wartości diagnostycznej badania w razie niewyrażenia przeze mnie zgody na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego. Oświadczam, iż miałem(-łam) możliwość, by w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania, a związane z nimi przekazane mi przez personel medyczny dodatkowe objaśnienia zrozumiałem(-łam) i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i że są one zgodne ze stanem faktycznym.

**Świadomie wyrażam zgodę na:**

**tak      nie**

**Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym.**

**Podanie środka kontrastowego do badania rezonansem magnetycznym.**

Oświadczam, że nie zataiłem(-łam) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach i że wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi oraz oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że w ciągu 2 godzin nie przyjmowałem pokarmów.

**Przed wejściem do sali badań zdejmij i zostaw wszelkie metalowe przedmioty: spinki, zegarki, okulary, biżuterię, aparat słuchowy, telefony, karty, klucze.**

.....  
data, pieczętka i podpis technika elektroradiologii

.....  
data i czytelny podpis Pacjenta / opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego  
w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego

.....  
data, pieczętka i podpis pielęgniarki

Pacjent: imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

V. Potwierdzam, że zapoznałem(-łam) się z informacjami zawartymi w dokumencie dotyczącym zgody Pacjenta na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego.

.....  
data i podpis lekarza nadzorującego badanie

## WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY

### Wyniki badań laboratoryjnych

Data wykonania badań .....

- Kreatynina .....mg/dl      eGFR .....ml/min
- Wyniki oceny parametrów życiowych, jeśli są badane:

.....  
.....

### Zlecenie podania środka cieniującego i leków

Nazwa/stężenie środka cieniującego .....

Dawka.....(ml)

Przepływ .....ml/sek

Droga podania:

- Podanie standardowe i.v.
- Doustne/pojenie .....ml
- Wlew doodbytniczy .....ml
- Inne .....ml

Inne leki (nazwa, dawka i droga oddania):

.....  
.....

.....  
(data, podpis i pieczętka lekarza zlecającego)

.....  
(data, podpis i pieczętka pielęgniarki realizującej zlecenie)