

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE REZONANSEM MAGNETYCZNYM [RM] Z PODANIEM/BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO
Imię i nazwisko pacjenta		

PESEL																						Numer Księgi Głównej	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------	--

1. OPIS I PRZEBIEG BADANIA

Na podstawie wykonanych dotychczas badań stwierdzono, że Pan/i stan zdrowia wymaga wykonania rezonansu magnetycznego:

☐

Z podaniem środka kontrastowego

☐

bez podania środka kontrastowego

Badanie Rezonansu Magnetycznego polega na uzyskiwaniu obrazów struktur ciała za pomocą emitowanych fal radiowych w silnym polu magnetycznym. Przebieg badania metodą rezonansu magnetycznego nie jest obciążający dla pacjenta, a słyszane przez niego dźwięki są skutkiem normalnej pracy urządzenia, chociaż mogą wywoływać niepokój. Badanie jest wykonywane w pozycji leżącej i wymaga przebywania w bezruchu przez około 20 do 60 minut (w zależności od badanej części ciała). W niektórych przypadkach pacjent może być proszony o wstrzymanie oddechu na kilka sekund. Na badanie pacjent powinien ubrać się w luźną odzież, pozbawioną metalowych elementów, takich jak: guziki, pasek. a do pomieszczenia aparatu nie wolno wносить kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów i innych metalowych przedmiotów. Nie zastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta. Przed badaniem powinno się zażyć przyjmowane leki, ponieważ rezonans nie wpływa na ich działanie. Badania MR wykonywane są z lub bez zastosowania środka kontrastowego (zawierające związki gadolinu). O jego podaniu decyduje lekarz. Środek kontrastowy jest najczęściej podawany dożylnie, wówczas w celu jego podania konieczne jest założenie dostępu żylnego (tzw. wenflonu), w niektórych przypadkach środek kontrastowy może być podawany doustnie lub do innych przestrzeni ciała. **Co najmniej przez 3 godziny przed rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego należy powstrzymać się od przyjmowania pokarmów.**

Po dożylnym podaniu kontrastu nie zaleca się prowadzenia pojazdów oraz obsługi urządzeń precyzyjnych przez 1 godzinę od ostatniego podania. W pierwszej dobie po badaniu zaleca się wypicie ok. 2.5 l wody niegazowanej.

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA BADANIA :

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

- dokładna ocena struktur anatomicznych – uzyskanie wysokorozdzielczych obrazów narządów, tkanek miękkich, naczyń oraz układu nerwowego.
- nieinwazyjny i bezbolesny charakter całej procedury
- Brak narażenia na promieniowanie jonizujące – rezonans nie wykorzystuje promieniowania X, co jest istotne zwłaszcza u dzieci, kobiet w ciąży (po I trymestrze) i pacjentów wymagających powtarzanych badań.
- Szerokie zastosowanie kliniczne – w diagnostyce chorób mózgu, kręgosłupa, jam brzusznych, miednicy, stawów, tkanek miękkich, serca i naczyń.
- dokładne rozpoznanie stanu zdrowia, pomoc w podjęciu decyzji terapeutycznej, kontrola efektów leczenia.

b) PRZECIWSKAZANIA:

Zawsze należy poinformować personel medyczny wykonujący badanie o wszystkich swoich chorobach, alergiach, przyjmowanych lekach oraz o ciąży (lub jej podejrzeniu)!

Bezwzględny przeciwwskazaniem do przeprowadzenia badania RM jest obecność w ciele pacjenta wszczepionych urządzeń elektronicznych (takich jak rozrusznik serca czy aparat słuchowy), obecność metalowych elementów w ciele (szczególnie w okolicy oczu, np. opiłki metalu, śrut) oraz w niektórych przypadkach pierwszy trymestr ciąży. Należy wziąć pod uwagę, że metalowe implanty i urządzenia medyczne mogą ulec zakłóceniom lub uszkodzeniom pod wpływem silnego pola magnetycznego.

Głównymi przeciwwskazaniami w badaniu RM z kontrastem są: niewydolność nerek, alergia na środek kontrastowy. Podanie kontrastu również jest obarczone innymi przeciwwskazaniami, wobec czego należy zastosować środki ostrożności, do których zalicza się m.in.: ostra lub przewlekła niewydolność krążeniowa, cukrzyca,

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE REZONANSEM MAGNETYCZNYM [RM] Z PODANIEM/BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO
Imię i nazwisko pacjenta		

nadczynność tarczycy. Nie są to jednak przeciwwskazania bezwzględne i w uzasadnionych przypadkach oraz zachowaniem szczególnych środków ostrożności lekarz może skierować pacjenta na RM z kontrastem. **Podanie kontrastu MR w ciąży jest generalnie odradzane i stosuje się je tylko w sytuacjach ostatecznych**, gdy korzyści dla matki przeważają nad potencjalnym ryzykiem dla płodu. W przypadku kobiet w ciąży, zaleca się, aby miały one zaświadczenia od lekarza prowadzącego o wskazaniu do wykonania badania. **Bezwzględny przeciwwskazaniem jest natomiast udokumentowany wstrząs anafilaktyczny po podaniu środka kontrastującego.**

c) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (RYZIKO):

Powikłania po rezonansie magnetycznym są rzadkie i zazwyczaj łagodne, ale mogą wystąpić. Najczęstsze to uczucie dyskomfortu, lęk przed klaustrofobią, nudności, ból głowy lub uczucie gorąca. Bardziej poważne, choć rzadkie, powikłania dotyczą podania środka kontrastowego. Zależą od stanu zdrowia Pacjenta i jej zakresu. Można natomiast wyróżnić podstawowe ryzyka:

- **powikłania związane z podaniem środka kontrastowego**

Zazwyczaj są one łagodne i przemijające, jednak możliwe są także cięższe powikłania. Większość reakcji ubocznych występuje w ciągu pierwszej godziny od podania, jednak niekiedy dochodzi do reakcji opóźnionych (po kilku godzinach lub kilku dniach od podania).

- miejscowe reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy (np. odczyny skórne, ból, pieczenie, swędzenie, wysypka, pęcherze, zaczerwienienie, obrzęk, sinica, stan zapalny)
- ogólnoustrojowe reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy np.: ogólne (np. złe samopoczucie, uderzenia gorąca, zwiększona potliwość, bóle i zawroty głowy, łzawienie oczu, nudności, wymioty, bóle brzucha)
- zaburzenia kardiologiczne - arytmie, zaburzenia częstości tętna, ciśnienia krwi;
- zaburzenia oddechowe - duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli; obrzęk języka
- zaburzenia neurologiczne - zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności;
- mieszane - zatrzymanie krążenia i oddychania

- **powikłania związane z wkluciem dożylnym i wynaczynieniem środka kontrastowego:** zakażenie miejscowe, zmiany zapalne (np. ból, zaczerwienienie, obrzęk), uszkodzenie naczynia krwionośnego, zator lub zakrzep w naczyniu żylnym, rozwarstwienie naczynia żylnego i śródściennie podanie środka kontrastowego, zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich

- **powikłania związane z zaburzeniami funkcji nerek** - w celu minimalizacji ryzyka powikłań nerkowych, przed podjęciem decyzji o podaniu i dawce środka kontrastującego, konieczna jest ocena czynności nerek.

3. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA:

Alternatywą dla rezonansu magnetycznego mogą być inne badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa (TK), USG lub RTG, zależnie od lokalizacji i rodzaju podejrzenia choroby. W niektórych przypadkach pomocne mogą być również badania izotopowe. Dobór metody zależy od wskazań, przeciwwskazań i celu diagnostycznego.

4. KONSEKWENCJE ODMOWY DIAGNOSTYKI:

Odmowa badania RM może prowadzić do opóźnienia diagnozy, trudności w ustaleniu przyczyny objawów, a w niektórych przypadkach - do pogorszenia stanu zdrowia lub nawet do niebezpiecznych sytuacji w przypadku, gdy RM jest niezbędna do szybkiego rozpoznania i leczenia.

5. ROZMOWA Z PERSONELEM

Prosimy, aby Pan/i zapytał/a nas o wszystko, co chce wiedzieć w związku z planowanym badaniem.

6. ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSEM MAGNETYCZNYM (wypełnia pacjent)

Masa ciała/wzrost	kg	cm		
Proszę o wypełnienie ankiety przez zaznaczenie właściwych odpowiedzi		<table border="1"> <tr> <td>TAK</td> <td>NIE</td> </tr> </table>	TAK	NIE
TAK	NIE			
1. Posiadam rozrusznik serca				
2. Posiadam defibrylator - kardiowerter				
3. Posiadam sztuczną zastawkę serca				

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE REZONANSEM MAGNETYCZNYM [RM] Z PODANIEM/BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO
Imię i nazwisko pacjenta		

4. Posiadam ciało metaliczne (np. pooperacyjne klipsy metalowe)		
5. Posiadam metalowe stenty, filtry		
6. Posiadam elektroniczne implanty, neurostymulatory		
7. Posiadam protezę zębową, koronkę, mostek, aparat ortodontyczny		
8. Posiadam metalowe gwoździe ortopedyczne, śruby, metalowe protezy stawów		
9. Posiadam pompę insulinową		
10. Posiadam wenflon lub inny dostęp naczyniowy		
11. Posiadam zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym		
12. Posiadam elementy stabilizujące kości, stawy		
13. Posiadam metalowe fragmenty, opiłki w gałce ocznej (np. żelaza) protezę oczną		
14. Posiadam implant słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym		
15. Posiadam szyny, szwy metalowe lub inne metaliczne ciała obce		
16. Posiadam tatuaż lub makijaż permanentny		
17. Posiadam inne urządzenia lub przedmioty wewnątrz ciała		
Wymień jakie:		
18. Czy miał/a Pan/i badanie z podaniem środków kontrastowych?		
19. Czy po podaniu środków kontrastowych towarzyszyły jakiegokolwiek powikłania, reakcje alergiczne ? Jeśli TAK, proszę podać jakie ?		
20. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pan/i astma lub alergia? Jeśli tak, to na co jest Pa/i uczulony/a?		
21. Czy rozpoznano u Pan/i niewydolność nerek lub/i białkomoczu?		
22. Czy choruje Pan/i na inną chorobę nerek? Jeśli tak, to jaką?		
23. Czy choruje Pan/i na cukrzycę ? Jeżeli tak, to jakim lekiem jest Pan/i leczona/y?		
24. Czy choruje Pan/i na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)		
25. Czy choruje Pan/i na serce? (nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca)		
26. Czy choruje Pan/i na inne niewymienione choroby ? Jakież?		
27. Czy przyjmuje Pan/i inne niewymienione leki ? Jeśli tak, proszę podać jakie ?		
28. Czy występują u Pana/i lęki przed przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach (klaustrofobia)?		
29. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/i omdlenia lub utrata przytomności ?		
Pytania dotyczące tylko kobiet		
30. Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży ?		
31. Czy karmi Pani piersią ?		
32. Czy ma Pani wewnętrzny środek antykoncepcyjny ?		

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE REZONANSEM MAGNETYCZNYM [RM] Z PODANIEM/BEZ PODANIA ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO
Imię i nazwisko pacjenta		

(czytelny podpis pacjenta)

7. RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (wypełnia personel medyczny)

[] małe [] średnie [] duże

8. OŚWIADCZENIE PACJENTA

- W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z personelem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Zostały spełnione wszelkie moje wymagania co do informacji na temat mojego stanu zdrowia, zasadności i przebiegu badania oraz możliwych powikłań i następstw związanych z zastosowaniem procedury, jak również konsekwencji związanych z prognozowanymi następstwami zaniechania zastosowania badania.
- Zostałem poinformowany(a) o ewentualnej modyfikacji metody badania, jeśli zaistnieje taka konieczność i je akceptuję.
- Nadto oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody na proponowane badanie diagnostyczne RM oraz cofnięcia zgody na podanie środka kontrastującego.
- Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonywaniu badania (zwłaszcza badania z dożylnym podaniem kontrastu), należy niezwłocznie poinformować o tym personel lub zgłosić się do lekarza.
- Oświadczam, że nie zataiłam/łam żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach i że wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi w ankiecie oraz oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

**W pełni świadomie WYRAŻAM ZGODĘ na wykonanie Rezonansu
Magnetycznego**

TAK

NIE

☐
☐

**W pełni świadomie WYRAŻAM ZGODĘ na podanie środka
kontrastowego do badania rezonansu Magnetycznego (JEŚLI DOTYCZY)**

☐
☐

**JESTEM W
CIĄŻY**

**NIE JESTEM
W CIĄŻY**

**PODEJRZEWAM,
ŻE MOGĘ BYĆ
W CIĄŻY**

**NIE
DOTYCZY**

**DOTYCZY KOBIET: Oświadczam, że
według mojej wiedzy w dniu
badania**

☐
☐
☐
☐

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka personelu medycznego (w przypadku odmowy wskazać także godzinę)	

Podpisanie formularza przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:

Data, podpis oraz pieczętka personelu medycznego	
---	--