

# ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

NAZWISKO:				
IMIE:				
NR PESEL:				
DATA URODZENIA:				
NR TELEFONU:				
ADRES E-MAIL:				
WAGA CIAŁA [kg]:		WZROST [cm]:		
BADANA OKOLICA:				
CEL BADANIA:				
DOSTARCZONO WYNIK BADANIA POZIOMU KREATYNYNY:		tutaj wpisać poziom		
<b>KWESTIONARIUSZ PRZED BADANIEM RM</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>NIE WIEM</b>
	Czy jest Pani w ciąży? (zaznaczyć „NIE” jeśli nie dotyczy)			
	Jeśli tak, proszę wskazać stopień jej zaawansowania (np. w trymestrach) .....			
	Czy w przeszłości wykonywano u Pana/i badanie RM lub TK z podaniem kontrastu?			
	Czy po podaniu środka kontrastowego użytego w czasie badania wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe? (zaznaczyć „NIE”, jeśli nie dotyczy)			
	Jeśli tak, to jakie? .....			
	Czy choruje Pan/i na astmę oskrzelową?			
	Czy występują u Pana/i uczulenia lub alergie?			
	Jeśli tak, to jakie? .....			
	Czy choruje Pan/i na choroby nerek (np. niewydolność)?			
	Czy choruje Pan/i na klaustrofobię?			
	Czy choruje Pan/i na padaczkę lub inne choroby układu nerwowego?			
	Jeśli tak, to jakie? .....			
	Czy choruje Pan/i na zaburzenia rytmu serca?			
	Czy posiada Pan/i: rozrusznik serca, neurostymulator, opiłki metalu w oku lub w skórze, implant słuchowy, sztuczne zastawki serca, zastawki, metalowe protezy, szwy chirurgiczne metalowe, spirale wewnątrzmaciczne metalowe, mostki zębowe metalowe, aparat ortodontyczny, protezy zębowe, inne...			
Jeśli tak, to które z powyższych lub inne? .....				

**Świadomie wyrażam zgodę na:**

Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym

 .....  
 Data i podpis pacjenta

Podanie środka kontrastowego w trakcie badania rezonansem magnetycznym

 .....  
 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

**PACJENCIE!** Badanie metodą rezonansu magnetycznego jest nieinwazyjne i nie wywołuje bólu. W celu prawidłowego wykonania badania, prosimy o zastosowanie się do poniższych wskazówek i informacji oraz poleceń personelu Pracowni RM.

**PRZECIWSKAZANIA:**

- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania RM jest posiadanie przez Pacjenta stymulatora serca oraz wszystkich innych biostymulatorów, wewnętrznych, protez słuchowych, klipsów naczyniowych, opłoków metalu w oku lub innych częściach ciała.
- Badanie RM w pierwszym trymestrze ciąży należy ograniczyć do ważnych wskazań medycznych.
- Badań RM z kontrastem z zasady nie wykonuje się u kobiet w ciąży, lekarz może jednak zdecydować o podaniu środka kontrastowego w uzasadnionych przypadkach.
- Przeciwwskazaniem dla podania środka kontrastowego są problemy z nerkami, jednak w uzasadnionych przypadkach lekarz może zdecydować o wykonaniu badania RM z kontrastem przy użyciu np. takiej ilości kontrastu, by mniej obciążyć nerki, lecz uzyskać efekt wystarczającej poprawy widoczności obrazowanych struktur.
- Szczególnym ryzykiem w przypadku badań RM z kontrastem objęte są osoby ze skłonnościami do alergii, a zwłaszcza takie, u których w przeszłości wprost stwierdzono nadwrażliwość na kontrast. Sygnałem ostrzegawczym może być stwierdzona wcześniej alergia na jodowe kontrasty wykorzystywane np. w badaniach TK, nie musi to jednak oznaczać uczulenia na kontrasty stosowane w badaniach RM.

**POWIKLANIA:**

Powikłania niewynikające z niestosowania się do przeciwwskazań wymienionych w Ankiecie stanowiącej integralną część niniejszego dokumentu, a związane z wykonywaniem badania rezonansem magnetycznym mogą być następujące:

- następstwa pozycji leżącej (np. wymioty, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania, np. duszność),
- powikłania związane z dożylnym podaniem gadolinowego środka kontrastowego: miejscowe reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy (np. obrzęk, zaczerwienienie skóry, świąd) lub ogólnoustrojowe reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy (np. zaburzenia kardiologiczne – arytmie, zaburzenia częstości tętna, ciśnienia krwi; zaburzenia oddechowe – duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli, zaburzenia neurologiczne – zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności, mieszane – zatrzymanie krążenia i oddychania), powikłania mogą mieć charakter lekki, średni i ciężki, do zatrzymania krążenia i oddychania włącznie. Powikłania mogą być wczesne (bezpośrednio po dożylnym podaniu środka kontrastowego) lub późne (śródmiażdżowe zwłóknienie nerek).
- powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynacynieniem 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 wynacynienia środka kontrastowego poza żyłę, zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich,

**WAŻNE! Do pomieszczenia badań RM nie wolno wносить żadnych metalowych przedmiotów (telefonu, zegarka, kluczy, kart magnetycznych, spinek, biżuterii itp.).** Niezastosowanie się do tego zakazu może narazić na niebezpieczeństwo zarówno Ciebie, jak i inne osoby znajdujące się w pobliżu skanera (magnesu), spowodować jego uszkodzenie oraz zniszczenie wniesionych przedmiotów.

**JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO BADANIA?** Przeczytaj odpowiednią ulotkę lub wejdź na stronę [www.cdo.dolmed.pl](http://www.cdo.dolmed.pl)

Badanie może trwać od 20 do 60 minut. W czasie badania należy leżeć nieruchomo, spokojnie oddychając. Głośny hałas w trakcie wykonywania badania jest normalną cechą takich urządzeń. Dla bezpieczeństwa pacjentów zalecamy pozostanie na obserwacji w Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z podaniem kontrastu przez okres 30 minut. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym i podaniem środka kontrastowego.

Pouczono mnie o możliwych powikłaniach związanych z wykonaniem badania rezonansem magnetycznym oraz podaniem środka kontrastowego, jak również o ograniczonej wartości diagnostycznej badania rezonansem magnetycznym w przypadku niewyrażenia zgody na badanie z podaniem środka kontrastowego.

Oświadczam, że umożliwiono mi wyjaśnienie w sposób nieskrępowany moich wątpliwości, a dodatkowe objaśnienia z nimi związane przekazane mi przez personel medyczny rozumiem i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że dostarczyłem/łam dokumentację medyczną:

- opis/konsultacje
- CD szt. ....
- Brak dokumentacji
- Inne.....

.....  
Data i podpis pacjenta

DATA	PODPIS LEKARZA
PODPIS PIELĘGNIARKI	PODPIS TECHNIKA
UWAGI	