



Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL/Data urodzenia*: _____

Waga _____ Wzrost _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

ANKIETĘ DLA PACJENTA PRZED WYKONANIEM BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

W trosce o Państwa bezpieczeństwo oraz zapewnienie jakości realizowanego badania rezonansu magnetycznego prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Poprawną odpowiedź proszę zakreślić w kółko.

Czy miał Pan/ Pani wykonywane badanie rezonansu magnetycznego?	Tak	Nie
Czy miał Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem kontrastu (TK, MR, urografia)?	Tak	Nie
Czy miał Pan/ Pani wykonywane zabiegi operacyjne? Jeśli tak to proszę wymienić.		
Czy występują u Pana/Pani uczulenia na jod, leki, pokarmy? Jeśli tak, proszę poniżej podać na co.	Tak	Nie
Czy po podaniu środka kontrastowego jodowego (TK) lub gadolinowego (MR) wystąpiły jakiegokolwiek powikłania? Jeśli tak, proszę poniżej podać jakie.	Tak	Nie
Proszę Pana/Panią o podanie informacji niezbędnych do bezpiecznego wykonania badania.		
Czy występuje u Pana/Pani lub wszczepione są:		
- klaustrofobia	Tak	Nie
- rozrusznik serca	Tak	Nie
- metalowe opłuki w ciele	Tak	Nie
- sztuczne metalowe zastawki serca	Tak	Nie
- implant słuchowy	Tak	Nie
- metalowe wszczepy ortopedyczne (protezy, śruby, stabilizatory, gwoździe inne)	Tak	Nie
- metalowe mostki, protezy zębowe	Tak	Nie



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)	Tak	Nie
- neurostymulatory	Tak	Nie
- metalowe klipsy naczyniowe	Tak	Nie
- metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) – <u>dotyczy kobiet</u>	Tak	Nie
- tatuaże	Tak	Nie
- metalowe szwy chirurgiczne	Tak	Nie
- inne metaliczne elementy w obrębie ciała (np. aparat ortodontyczny)	Tak	Nie
Czy choruje Pan/Pani na: niewydolność wątroby, nerek, tarczycy, astmę, nadciśnienie tętnicze, inne? Jeśli tak proszę wymienić?	Tak	Nie
Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki, jakie?	Tak	Nie

Dotyczy kobiet

Czy jest Pani w ciąży?	Tak	Nie
Czy karmi Pani piersią?	Tak	Nie

W przypadku pozostawienia dokumentacji poprzednich badań proszę zaznaczyć rodzaj i ilość dołączonej dokumentacji

CD/DVD	Dokumentacja papierowa	inne
--------	------------------------	------



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

1. Opis badania rezonansu magnetycznego i celu jego przeprowadzenia

Rezonans Magnetyczny to nieinwazyjna metoda obrazowania medycznego, która wykorzystuje silne pole magnetyczne i fale radiowe do uzyskania szczegółowych obrazów wewnętrznych struktur ciała. W trakcie badania pacjent leży na ruchomym stole wjeżdżającym do tunelu aparatu, w zależności od potrzeb podaje się środek kontrastowy dożylnie. Aparat generuje obrazy, które analizuje radiolog, a powstały opis zawiera ocenę struktur anatomicznych, potencjalne nieprawidłowości i zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Ważne jest, aby pacjent był spokojny i leżał bez ruchu, ponieważ ruch może zaburzyć jakość obrazów. Badanie jest bezbolesne i przy braku przeciwwskazań nie powoduje skutków ubocznych dla badanego.

2. Przygotowanie do badania rezonansu magnetycznego

Na trzy godziny przed badaniem należy pozostać na czczo (można pić wodę), na badanie wskazane jest przyjść w odzieży niezawierającej metalowych elementów, przed badaniem należy zdjąć okulary, aparaty słuchowe, zegarki, protezy zębowe, do pomieszczenia z aparatem MR nie wносить telefonów komórkowych, kart kredytowych.

- Badaniem MR j. brzusznej i miednicy- 3 dni przed badaniem zastosować dietę lekkostrawną, przyjąć lek ograniczający gromadzenie gazów w jelitach.
- Badanie MR enterokliza - 3 dni przed badaniem zastosować dietę lekkostrawną, przyjść na badanie 1 godz. wcześniej zabrać ze sobą 1,5 litra wody niegazowanej.
- Badanie MR piersi – 3 dni przed badaniem zastosować dietę lekkostrawną, powinno być wykonane między 6-13 dniem cyklu, 4 tygodnie po odstawieniu HTZ, 6 miesięcy po biopsji gruczołowej, 12 miesięcy po zakończeniu radioterapii, nie używać dezodorantów, perfum, balsamów, dostarczyć wyniki badań (jeśli były wykonywane) mammografii, usg, biopsji, badań genetycznych, w dniu badania wypić ok 1 litra wody.
- Badanie MR prostaty- 3 dni przed badaniem zastosować dietę lekkostrawną, przyjąć lek espumisan w celu odgazowania, opróżnić jelito grube ze stolca (od tego zależy wartość diagnostyczna badania), dostarczyć kopie wyników badań jeśli były wykonywane – 3 ostatnich wyników PSA, opisu i wyniku biopsji prostaty, badania usg prostaty, zabiegów operacyjnych dotyczących prostaty, scyntygrafii, wcześniejszych badań MR prostaty (płyta+ opis), innych badań prostaty lub współistniejących chorób nowotworowych, kart informacyjnych dotyczących leczenia prostaty.

3. Przeciwwskazania do badania MR oraz opis możliwych powikłań po podaniu środka kontrastowego

Przeciwwskazaniem do badania rezonansu magnetycznego jest obecność w ciele ferromagnetycznych, metalowych elementów lub urządzeń elektronicznych, takich jak rozrusznik serca, pompa insulinowa, neurostymulatory, metalowe odłamki czy implanty (np. ortopedyczne o nieustalonym składzie). Inne przeciwwskazania to klaustrofobia, a w przypadku badania z kontrastem – alergia na środek kontrastujący.

W przypadku kobiet w ciąży wykonanie badania MR nie jest bezwzględnie przeciwwskazane i zależy od wskazań klinicznych.

Podczas badań rezonansem magnetycznym używa się kontrastu zawierającego związki gadolinu, które cechuje ogólnie wyższy profil bezpieczeństwa w porównaniu do środków stosowanych w tomografii komputerowej. Rutynowo oznaczanie parametrów nerkowych nie jest konieczne. Efekty uboczne przy zastosowaniu tych środków kontrastujących występują stosunkowo rzadko.

4. Opis zdarzeń niepożądanych związanych z badaniem MR

Najczęstszymi spotykanymi reakcjami niepożądanymi są bóle i zawroty głowy, zmęczenie oraz nudności, które mogą się pojawić po podaniu środka kontrastowego i które mijają po krótkim czasie od jego podania. Mogą również pojawić się łagodne reakcje alergiczne (świąd, zaczerwienienie), uczucie gorąca.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

U osób cierpiących na klaustrofobię badanie może wywołać atak paniki związany z lękiem przed zamkniętymi przestrzeniami.

Istnieje również ryzyko, że elementy metalowe lub zawierające elektronikę np. rozrusznik serca, implanty mogą się nagrzewać, przemieszczać lub ulec uszkodzeniu w polu magnetycznym, dlatego tak ważne jest, aby poinformować personel medyczny o posiadaniu takich elementów.

Bardzo rzadko u osób posiadających tatuaże silne pole magnetyczne może spowodować lekkie zaczerwienienie lub poparzenie w miejscu tatuażu, jeśli zawiera on barwniki na bazie metali.

5. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego badania rezonansu magnetycznego

W dniu ____/____/____/ przeprowadzono ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego badania rezonansu magnetycznego i podania gadolinowego środka kontrastowego**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także otrzymane wyjaśnienia, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu badania oraz ryzyku powikłań jego wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi. Zostałem/am poinformowany/a również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty badania nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta, a także że wartość diagnostyczna proponowanego badania rezonansu magnetycznego jest ograniczona.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań po badaniu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego badania prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem badania udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji w uzupełnionej przeze mnie ankiecie oraz na pytania zadane mi w trakcie wywiadu, w tym odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego **badania rezonansu magnetycznego**

☐ **z** podaniem gadolinowego środka kontrastowego podczas badania rezonansu magnetycznego.

☐ **bez** podania gadolinowego środka kontrastowego podczas badania rezonansu magnetycznego.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego **badania rezonansu magnetycznego**.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania rezonansu magnetycznego. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

6. Oświadczenie osoby udzielającej wyjaśnień oraz przyjmującej zgodę

Oświadczam, że przedstawiłem/am pacjentce/pacjentowi informacje planowanym badaniu zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem Pacjentkę/Pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowane badanie.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

czytelny podpis pracownika medycznego

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* na przeprowadzenie proponowanego **badania rezonansu magnetycznego oraz podanie gadolinowego środka kontrastowego podczas badania rezonansu magnetycznego** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data

czytelny podpis pracownika medycznego

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

7. Oświadczenie lekarza nadzorującego badanie

Potwierdzam, że zapoznałem/-am się z informacjami zawartymi w dokumencie dotyczącym zgody Pacjenta na wykonanie badania z podaniem gadolinowego środka kontrastowego.

data

czytelny podpis lekarza nadzorującego badanie



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

8. Adnotacja o uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie badania rezonansu magnetycznego oraz podanie gadolinowego środka kontrastowego podczas badania rezonansu magnetycznego.**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczęć lekarza