



PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

40 - 872 Katowice

Zawiszy Czarnego 7a

te. 32 444 67 09

- Bad. NFZ
- Bad. kliniczne
- Bad. prywatne
- Bad. komercyjne
- Bad. BBD

## ANKIETA I ZGODA NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM

### I. Dane pacjenta

<b>IMIĘ NAZWISKO</b>							
<b>PESEL</b>		<b>WZROST</b>		<b>WAGA</b>		<b>NR TELEFONU</b>	

### II. Ankieta.

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.  
Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź znakiem X.

Czy w przeszłości wykonane było badanie <input type="checkbox"/> TK (i/lub) <input type="checkbox"/> MR ? Prosimy o zaznaczenie rodzaju badania.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy ma Pan/Pani wszczepiony rozrusznik serca ? ( lub kardiowerter- defibrylator)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w organizmie są obecne ciała obce metaliczne? Proszę podać jakie, gdzie zlokalizowane i z jakiego materiału wykonane (np. implant słuchowy, sztuczna zastawka serca, metalowa endoproteza, proteza zębowa, pompa insulinowa, zastawka w komorze mózgowej, biżuteria) Inne..... (wypisz jakie)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy może Pan/Pani mieć metalowe opłuki w oku?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy były wykonywane zabiegi/operacje/przeszczepy ? Jakie i kiedy? ..... (wypisz jakie)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy choruje Pan/Pani na nerki? Jeśli tak proszę podać objawy lub rozpoznanie. ..... (wypisz jakie)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy występują reakcje alergiczne? ( uczulenie na środki kontrastowe, leki i inne).	<input type="checkbox"/> NIE WIEM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy ma Pan/Pani klaustrofobię ?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>DOTYCZY KOBIET</b> Czy jest Pani w ciąży?	<input type="checkbox"/> NIE WIEM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

### III. Ogólne informacje o badaniu MR.

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym i zmiennym polu magnetycznym. Badanie może trwać 20-60 minut, podczas którego wymagane jest bezwzględne leżenie w bezruchu. Dla poprawnej diagnozy może być konieczne podanie dożylnego środka kontrastowego. Badanie nie wchodzi w interakcje ani nie zaburza przebiegu prowadzonego leczenia farmakologicznego. 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. Bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego serce ( rozrusznik). Nie zaleca się wykonywania badań MR w I trymestrze ciąży

#### IV. Informacja o badaniu MR z dożylnym podaniem środka kontrastowego.

Środki kontrastowe stosowane w rezonansie magnetycznym mogą powodować reakcje niepożądane, które występują bardzo rzadko, są zwykle łagodne i krótkotrwałe (w niektórych przypadkach mogą wystąpić późne reakcje uczuleniowe). Należą do nich:

- nudności, wymioty, zaburzenia smaku, uczucie zmęczenia, zwiększona potliwość
- parestezje, reakcje skórne, pokrzywka, świąd, bladość skóry, egzema
- ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni
- zaburzenia świadomości, padaczka, ból głowy i uczucie gorąca
- reakcje anafilaktyczne: obrzęk naczyń, wstrząs, nagłe zatrzymanie krążenia, obniżenie ciśnienia krwi, obrzęk krtani, skurcz krtani, oskrzeli, stridor, obrzęk płuc, zaburzenia oddychania, kaszel, katar, kichanie, zapalenie spojówek, ból brzucha, ból w klatce piersiowej, wysypka
- przerwanie ciągłości żyły, wynaczylenie kontrastu poza żyłę

O każdym przypadku wystąpienia objawów nietolerancji środka kontrastowego należy poinformować personel medyczny pracowni. Względny przeciwwskazaniem do dożylnego podania środka kontrastowego jest niewydolność nerek - przed badaniem konieczne jest dostarczenie aktualnego wyniku poziomu kreatyniny we krwi.

#### V. Zgoda pacjenta na wykonanie badania

Oświadczam, że:

- Niniejszym, na podstawie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz.1943 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Nr 76, poz. 641 z późniejszymi zmianami) wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania MR przez lekarzy podmiotu leczniczego MEDISKAN Sp. z o .o. i towarzyszący im zespół

Prosimy o zaznaczenie jednej odpowiedzi.

- bez podania gadolinowego środka kontrastowego.
- z dożylnym podaniem gadolinowego środka kontrastowego.

- Oświadczam, że powyższe informacje przeczytałem/am i zrozumiałem/am,.
- Zostałem pouczony o możliwych do wystąpienia powikłaniach jak również o ograniczonej wartości diagnostycznej badania MR w razie nie wyrażenia zgody na badanie z podaniem środka kontrastowego.
- Miałem możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.
- Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.
- Zostałem/am poinformowany/na istocie i celu badania, o normalnych następstwach podania środka kontrastowego, o możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności leczenia.
- Zostałem/am poinformowany/a o alternatywnych możliwościach badania, ich wadach, zaletach i ich ryzyku, z zaniechaniem badania włącznie.
- **Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych oraz danych o stanie zdrowia na potrzeby tego Podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ( zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), do celów wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi przyszłych i obecnych umów i świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał w tym Podmiocie. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji. Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.**

\_\_\_\_\_

MIEJSCOWOŚĆ

\_\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

CZYTELNY PODPIS PACJENTA\*

\*PACJENCI, KTÓRZY UKOŃCZYLI 16 ROK ŻYCIA PODPISUJĄ SIĘ W WYZNACZONYM MIEJSCU, DODATKOWO PODPISUJE SIĘ OPIEKUN PRAWNY, ZA PACJENTÓW, KTÓRZY NIE UKOŃCZYLI 16. ROKU ŻYCIA PODPISUJE SIĘ TYLKO I WYŁĄCZNIE OPIEKUN PRAWNY

Wypełnia pracownik MEDISKAN	
Ankieta została przyjęta i sprawdzona	UWAGI
.....	.....
DATA	PODPIS