

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta: Numer PESEL: Numer Księgi Głównej:	Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:
--	---

II. OKOLICA CIAŁA PODDANA BADANIU:

.....

III. INFORMACJA O BADANIU

Szanowni Państwo,

Wykonanie badania Rezonansem Magnetycznym (MR) jak również podanie środka kontrastującego wymaga Państwa pisemnej zgody. Poniżej przekazujemy Państwu informacje o przygotowaniu, sposobie wykonania badania i ryzyku związanym z jego wykonaniem.

1. Przygotowanie do badania:

Badania MR wykonywane są bez lub z podaniem środka kontrastującego.

- Osoby przyjmujące stałe leki, powinny je zażyć jak dotychczas.
- Na badanie należy przyjść w odzieży nie zawierającej żadnych metalowych rzeczy, np. guzików, zapięć, zamków błyskawicznych itp.
- **Do pomieszczenia z aparatem MR nie wolno wносить metalowych przedmiotów, w szczególności telefonów komórkowych, kart kredytowych, zegarków lub innych urządzeń elektronicznych.**
- Przed badaniem należy zdjąć takie przedmioty jak: okulary, biżuteria, aparat słuchowy, protezy zębowe.
- Do badania MR jamy brzusznej należy pozostać przez minimum 5 godzin bez jedzenia i picia.

Do badania z użyciem środka kontrastującego pacjent powinien:

- oznaczyć poziom kreatyniny w surowicy - za aktualne uznaje się badanie kreatyniny wykonane w okresie **30 dni** poprzedzających badanie u pacjentów bez dowodów/przesłanek wskazujących na zaburzenia czynności nerek oraz u osób z dowodami/przesłankami wskazującymi na zaburzenia czynności nerek ten okres wynosi **7 dni**.
- Pacjentki karmiące piersią nie powinny karmić dziecka w ciągu najbliższych 24h, a ściągnięty w tym czasie pokarm powinien zostać wylany.

Ponadto zgłaszając się na badanie MR pacjent powinien przynieść ze sobą:

- poprzednie wyniki badań diagnostycznych (opis + płyty), laboratoryjnych, wypisy ze szpitala;
- dowód osobisty;
- książeczkę zdrowia dziecka – poniżej 16 roku życia;
- osoby z wadą wzroku - okulary (w celu wypełnienia ankiety i podpisania zgody na badanie);
- osoby niepełnoletnie zgłaszają się z rodzicem lub opiekunem prawnym.

2. Opis badania

Badanie metodą rezonansu magnetycznego (MR) jest **bezbolesną, nieinwazyjną i bezpieczną techniką diagnostyczną**. Nie wykorzystuje promieniowania rentgenowskiego, ale oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Za pomocą badania metodą MR możliwe jest uzyskanie obrazów ośrodkowego układu nerwowego, tkanek miękkich i innych narządów wewnętrznych. To jedna

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

z najdokładniejszych metod obrazowych. Alternatywnym sposobem obrazowania jest wykonanie badania USG, jednak charakteryzuje się ono mniejszą czułością diagnostyczną.

Badania **MR** wykonywane są z lub bez zastosowania środka kontrastowego. O jego podaniu decyduje lekarz radiolog. Środek kontrastowy jest najczęściej podawany dożylnie, wówczas w celu jego podania konieczne jest założenie dostępu żylnego (tzw. wenflonu). Czasami środek kontrastowy jest podawany doustnie lub do innych przestrzeni ciała (np. doodbytniczo, do przetok).

W naszej pracowni stosujemy wyłącznie środki kontrastujące charakteryzujące się wysokim stopniem bezpieczeństwa i minimalizujące możliwe reakcje niepożądane u badanego pacjenta.

W pracowni może przebywać tylko pacjent i personel opiekujący się pacjentem. W sytuacjach gdy pacjent nie współpracuje podczas badania, pacjentowi powinien towarzyszyć rodzic/opiekun.

Na każdym etapie badania personel medyczny udziela pełnej informacji medycznej na temat przeprowadzanej procedury

Częstotliwość występowania powikłań po podaniu preparatów gadolinowych w rezonansie magnetycznym jest mniejsza niż po podaniu środków jodowych w tomografii komputerowej, zazwyczaj są one łagodne i krótkotrwałe. Jednak, każdy stosowany środek kontrastowy, jako substancja obca dla organizmu, może spowodować reakcje uboczne. W celu szybkiej interwencji na późne reakcje alergiczne po podaniu kontrastu, każdy pacjent jest poddany 30-minutowej obserwacji. W trakcie trwania tego czasu pozostaje on na terenie Zakładu Diagnostyki Obrazowej.

3. Możliwe powikłania:

3.1. Przeciwwskazania do wykonania badania MR:

Bezwzględny przeciwwskazaniem jest posiadanie przez pacjenta:

- stymulatora serca oraz wszystkich innych stymulatorów,
- klipsów naczyniowych nieznanego rodzaju (np. po operacjach tętniaka),
- wewnętrznych protez słuchowych nieznanego typu,
- metalicznego ciała obcego w ciele.

Wykonanie badań MR w ciąży (zwłaszcza jej pierwszym trymestrze) należy ograniczyć do wskazań życiowych.

3.2. Powikłania związane z podaniem środka kontrastowego zawierającego gadolin

miejscowe reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy zawierający gadolin (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.

Szczególne znaczenie mają powikłania nerkowe, ponieważ środki kontrastujące mogą powodować zarówno u osób chorych na nerki, jak i u osób zdrowych zaburzenia funkcji nerek w postaci ostrej niewydolności nerek lub tzw. nefropatii pokontrastowej. W celu minimalizacji ryzyka powikłań nerkowych, przed podjęciem decyzji o podaniu i dawce środka kontrastującego, konieczna jest ocena czynności nerek (poziom kreatyniny w surowicy krwi i/lub eGFR).

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

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 (niewydolność nerek, nefropatia pokontrastowa).

3.3. Powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynacznieniem środka kontrastowego poza żyłę:

- uszkodzenie naczynia krwionośnego,
- zator lub zakrzep w naczyniu żylnym,
- rozwarstwienie naczynia żylnego i śródściennie podanie środka kontrastowego,
- lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacznienia środka kontrastowego poza żyłę,
- zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

ANKIETA PACJENTA (wypełnia przedstawiciel ustawy pacjenta)

W trosce o bezpieczny przebieg badania prosimy o zapoznanie się z informacją o przebiegu badania, a także o rzetelne udzielenie odpowiedzi na następujące pytania poprzez wstawienie znaku **X** w odpowiednim polu.

Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR					
1. Czy Pacjent miał wcześniej wykonywane badanie MR z użyciem dożylnego środka kontrastowego (zawierającego gadolin)?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
2. Czy po poprzednim badaniu wystąpiły powikłania? Jeśli tak, proszę podać jakie:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
3. Czy u Pacjenta występują jakiegokolwiek uczulenia? Jeśli tak, proszę podać jakie:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
4. Czy Pacjent cierpi na klaustrofobię?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
5. Czy u Pacjenta występują stany lękowe?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
6. Czy Pacjent posiada w swoim ciele:					
stymulator/rozzrusznik serca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	sztuczne zastawki serca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
metalowe opilki (szczególnie w gałce ocznej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe (np. spirale embolizujące)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
implant słuchowy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	neurostymulatory	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
metalowe elementy stomatologiczne (np. aparat ortodontyczny, metalowe mostki zębowe)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	zastawki komorowe lub rdzeniowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	metalowe szwy chirurgiczne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
inne wszczepione metalowe elementy Jeśli tak, proszę podać jakie:				<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7. Czy kiedykolwiek Pacjent miał wykonywane jakiegokolwiek operacje? Jeśli tak, proszę podać jakie:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

8. Czy Pacjent choruje na:					
choroby serca (np.: nadciśnienie, chorobę wieńcową, zaburzenia rytmu serca)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	choroby układu nerwowego (np. udar, padaczkę, utraty przytomności)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
choroby nerek (np. niewydolność)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	cukrzycę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
choroby z autoagresji (np. RZS, toczeń układowy, łuszczycę)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	nużliwość mięśni (miasthenia gravis)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią					
9. Czy Pacjentka jest w ciąży lub podejrzewa, że może w niej być?				<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
10. Czy Pacjentka karmi piersią ?				<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jeżeli macie Państwo jakieś pytania dotyczące proponowanego badania, prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....

 ...

Brak pytań

.....
 Data

.....
 Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

.....
 Czytelny podpis pacjenta, małoletniego, który ukończył 16 lat



INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

V. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Stwierdzam, że przedstawiłam przedstawicielowi ustawowemu pacjenta/pacjentowi sposób przeprowadzenia planowanego badania oraz poinformowałam go o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania .
Stwierdzam brak przeciwwskazań do wykonania badania metodą Rezonansu Magnetycznego.

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

VI. OŚWIADCZENIE - ŚWIADOMA ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Oświadczam, że:

- podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, badań oraz przebytych chorób;
- otrzymałam pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłaniach w związku z badaniem, w tym z podaniem środka kontrastującego, z którą zapoznałam się i którą zrozumiałam;
- miałam możliwość rozmowy z lekarzem, który poinformował mnie o istocie choroby pacjenta oraz zleconym badaniu diagnostycznym.

Przyjmuję do wiadomości i rozumiem:

- jakie są przeciwwskazania do przeprowadzenia badania jak również przeciwwskazania do podania środka kontrastującego oraz dające się przewidzieć następstwa i powikłania oraz odległe skutki zastosowania procedur;
- że w czasie wykonywania badania może dojść do stwierdzenia istnienia szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany sposobu postępowania;
- że istnieje ryzyko wystąpienia powikłań niestandardowych, które nie są typowe dla wykonywanej procedury i są niemożliwe do przewidzenia.

Jestem świadomy, że mogę nie wyrazić zgody na wykonanie badania, rozumiem, że niewykonanie badania może utrudnić lub uniemożliwić diagnostykę.

Jestem świadomy, że mogę nie wyrazić zgody na podanie środka kontrastującego i że brak zgody na podanie środka kontrastującego może spowodować ograniczoną wartość diagnostyczną badania.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat zleconego badania diagnostycznego, w związku z tym:

**Będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta w pełni świadomie
WYRAŻAM ZGODĘ** na wykonanie Rezonansu Magnetycznego

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

**Będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta w pełni świadomie
WYRAŻAM ZGODĘ** na podanie środka kontrastowego w celu wykonania Rezonansu Magnetycznego

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat



INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

**Będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta w pełni świadomie
NIE WYRAŻAM zgody na wykonanie Rezonansu Magnetycznego**

Uzasadnienie przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....
.....

Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia pacjenta.

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

**Będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta w pełni świadomie
NIE WYRAŻAM zgody na podanie środka kontrastowego w celu wykonania Rezonansu Magnetycznego**

Uzasadnienie przez przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....
.....

Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia pacjenta.

Data/godzina	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego	Czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

VII. OŚWIADCZENIE LEKARZA WYKONUJĄCEGO BADANIE

Oświadczam, że Formularz Świadomej Zgody został przeze mnie sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym przed przeprowadzeniem powyżej zaakceptowanej przez przedstawiciela ustawowego i pacjenta (w przypadku ukończenia 16 r.ż) procedury medycznej.

Data/godzina	Pieczętka i podpis lekarza