



Szpital im. Ryszarda Rzepki
w Sulechowie sp. z o.o.
ul. Zwycięstwa 1,
66 – 100 Sulechów

Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Rezonansu Magnetycznego
tel. 797 606 213
fax: 68 385 22 19

FORMULARZ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta		PESEL															
waga	kg	wzrost	cm														

Rezonans magnetyczny (MR) jest badaniem obrazowym niewykorzystującym promieniowania jonizującego. W badaniu stosuje się pole magnetyczne oraz fale radiowe. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne, a jego celem jest wykrywanie zmian chorobowych w tkankach. W trakcie badania pacjent powinien pozostawać w bezruchu.

Bezpieczeństwo badania

Przy prawidłowej kwalifikacji oraz wykluczeniu przeciwwskazań rezonans magnetyczny jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostycznych. Przeciwwskazaniami mogą być m.in. wszczepione urządzenia elektroniczne, implanty metaliczne lub inne elementy wskazane w ankiecie bezpieczeństwa.

Badanie z podaniem środka kontrastowego

W uzasadnionych przypadkach badanie może być wykonane z podaniem środka kontrastowego. Decyzję podejmuje lekarz radiolog na podstawie skierowania oraz oceny stanu pacjenta.

Środek kontrastowy podawany jest najczęściej dożylnie i zawiera gadolin. Nie zawiera jodu i zwykle nie wchodzi w interakcje z lekami.

Możliwe działania niepożądane

Rezonans magnetyczny jest badaniem bezpiecznym, jednak w rzadkich przypadkach mogą wystąpić działania niepożądane.

Po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić:

- nudności, zawroty głowy
- reakcje alergiczne (wysypka, świąd)
- uczucie ciepła
- bardzo rzadko ciężkie reakcje ogólnoustrojowe

Możliwe są również miejscowe powikłania związane z wkłuciem dożylnym (np. ból, obrzęk).

Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych jest niewielkie, jednak należy niezwłocznie poinformować personel o wszelkich niepokojących objawach.

Ankieta

W trosce o Pana/Pani bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety poprzez zakreślenie prawidłowej odpowiedzi w **kółko**. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

Czy miał Pan/Pani wykonywane wcześniej badanie rezonansem magnetycznym? Jeśli TAK, kiedy:	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wykonywano Panu/Pani badania ze środkiem kontrastowym lub cieniującym?	TAK	NIE
Czy po badaniu z kontrastem wystąpiły u Pana/Pani reakcje alergiczne? Jeśli TAK, jakie:	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? Jeśli TAK, jakie:	TAK	NIE
Czy przebył/a Pan/Pani choroby zakaźne (nie dotyczy wieku dziecięcego)? Jeśli TAK, jakie:	TAK	NIE



Szpital im. Ryszarda Rzepki
w Sulechowie sp. z o.o.
ul. Zwycięstwa 1,
66 – 100 Sulechów

Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Rezonansu Magnetycznego
tel. 797 606 213
fax: 68 385 22 19

Czy zdiagnozowano u Pana/Pani wymienione poniżej choroby lub dolegliwości?

Nieregularne bicie serca	TAK	NIE	Stany lękowe (np. klaustrofobia)	TAK	NIE
Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE	Cukrzyca	TAK	NIE
Nagła utrata przytomności	TAK	NIE	Przeszczep wątroby	TAK	NIE
Choroby układu nerwowego (np. padaczka)	TAK	NIE	Choroby nerek (np. niewydolność, dna moczanowa)	TAK	NIE

Proszę wskazać, jeśli posiada Pan/Pani poniższe elementy w ciele:

Rozrusznik serca	TAK	NIE	Metalowe szwy, klipsy, stenty, śruby	TAK	NIE
Zastawki komorowe lub rdzeniowe	TAK	NIE	Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)	TAK	NIE
Sztuczne zastawki serca	TAK	NIE	Metalowe opłuki w gałce ocznej	TAK	NIE
Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe	TAK	NIE	Metalowe mostki zębowe	TAK	NIE
Aparat słuchowy	TAK	NIE	Inne Jeśli TAK, jakie:	TAK	NIE
Czy przed badaniem stosował/a Pan/Pani kosmetyki do ciała z komponentami metalicznymi?				TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani leki? Jeśli TAK, jakie:				TAK	NIE
Czy chce Pan/Pani przekazać jakieś informacje dotyczące stanu zdrowia lekarzowi opisującemu badanie?				TAK	NIE

Wypełniają tylko kobiety:

Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?	TAK	NIE

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi badania rezonansu magnetycznego, jego przebiegu oraz możliwych powikłań, w tym związanych z podaniem środka kontrastowego.

Oświadczam, że udzieliłem/am zgodnych z prawdą informacji o stanie zdrowia, przebiegu leczenia oraz przyjmowanych lekach i nie zataiłem/am żadnych istotnych danych.

Miałem/am możliwość zadawania pytań i uzyskałem/am na nie wyczerpujące odpowiedzi.

W przypadku pacjentów w wieku 16–18 lat wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/opiekuna prawnego.

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na dożylną podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że w dniu dzisiejszym nie przebywam na leczeniu szpitalnym.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego