

**ANKIETA DO BADANIA W REZONANSIE MAGNETYCZNYM****Szanowni Państwo,****prosimy o czytelne wypełnienie literami drukowanymi poniższej ankiety i o zaznaczenie kółkiem właściwych odpowiedzi według poniższego przykładu.****PRZYKŁAD:**

<input checked="" type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
--------------------------------------	---------------------------

Zostali Państwo skierowani przez lekarza specjalistę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym. Badanie to umożliwia ocenę budowy i funkcji narządów. W trosce o bezpieczny dla Państwa przebieg badania prosimy o zapoznanie się z informacją o przebiegu badania, a także o rzetelne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Informacje podane przez Panią/Pana są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

i Informujemy, że wynik badania wydajemy pacjentowi lub osobie pisemnie upoważnionej, na płycie CD wraz z opisem badania w formie pisemnej.

BADANA OKOLICA:

--

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM:

Wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego badania rezonansem magnetycznym.	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
--	---------------------------	---------------------------

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:**DATA URODZENIA:**

--	--

WZROST:**WAGA:****PESEL:**

(cm)	(kg)	
------	------	--

CZY POSIADA PAN/PANI SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO?

Tak, na badanie NFZ	Tak, na badanie płatne	Nie mam skierowania / badanie płatne
---------------------	------------------------	--------------------------------------

UWAGA! Na skierowaniu mogą znajdować się bardzo istotne wskazania lekarza dotyczące sposobu wykonania badania.**CZY PRZEBYWA PAN/PANI W OBECNYM CZASIE W SZPITALU?**

<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
---------------------------	---------------------------

CZY KIEDYKOLWIEK ZOSTAŁY WYKONANE U PANA/PANI JAKIEŚ ZABIEGI OPERACYJNE?

<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
<i>(jeśli TAK, prosimy o podanie daty i rodzaju operacji)</i>	
Rodzaj operacji:	
Data:	
Rodzaj operacji:	
Data:	

CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁ/-A PAN/-I WYKONYWANE BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM?

<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
---------------------------	---------------------------

CZY WYSTĘPOWAŁY U PANI/PANA KIEDYKOLWIEK:

Ciężkie zaburzenia czynności nerek?	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca?	TAK	NIE
Zatorowość płucna?	TAK	NIE
Alergie pokarmowe, wziewne, lekowe?	TAK	NIE
Astma oskrzelowa?	TAK	NIE
Czy miał/-a Pan/-i kiedykolwiek wykonywane badanie obrazowe z podaniem środka kontrastującego? Jeżeli tak , to w jakim badaniu:	TAK	NIE
Jeżeli w przeszłości był podawany środek kontrastujący wykorzystywany w badaniach obrazowych, czy wystąpiła reakcja alergiczna?	TAK	NIE
Czy leczy się Pan/-i z powodu alergii?	TAK	NIE

CZY POSIADA PAN/PANI:

Stenty wieńcowe <i>(jeśli TAK, proszę podać datę zabiegu oraz przedstawić dokumentację medyczną)</i>	TAK	NIE
Rozrusznik serca, defibrylator - kardiowerter	TAK	NIE
Sztuczną zastawkę serca, protezę aortalną	TAK	NIE
Klipsy po operacji tętniaka mózgu	TAK	NIE
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym	TAK	NIE
Elektroniczne implanty (tj. neurostymulator lub stymulator wzrostu kości)	TAK	NIE
Elementy stabilizujące kości, stawy lub sztuczna kończyna	TAK	NIE
Metalowe ciała obce, opilki metalu w gałce ocznej (np. opilki żelaza lub proteza oczna)	TAK	NIE
Aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym	TAK	NIE
Aparaty ortodontyczne, mostki zębowe, protezy zębowe	TAK	NIE
Metalowe gwoździe ortopedyczne, metalowe protezy stawów	TAK	NIE
Metalowe odłamki w ciele lub skórze	TAK	NIE
Tatuaż lub permanentny makijaż	TAK	NIE
Pompa insulinowa	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 48h miał/-a Pan/-i wykonywane inne badanie obrazowe (tomografia komputerowa / rezonans magnetyczny) z podaniem środka kontrastowego?	TAK	NIE

PYTANIE DODATKOWE DLA KOBIEC:

Czy jest Pani w ciąży, podejrzewa ciążę lub aktualnie karmi piersią? <i>(jeśli TAK, należy zgłosić to personelowi)</i>	TAK	NIE
---	-----	-----

PYTANIA DODATKOWE (DOTYCZY BADAŃ PŁATNYCH):

Zostałem/-am poinformowany/-a o kosztach związanych z badaniem i zobowiązuję się do ich pokrycia. Całkowity koszt to:	TAK	NIE
--	-----	-----

ZGODA NA PODANIE KONTRASTU:

Wyrażam zgodę na założenie wkłucia obwodowego i podanie paramagnetycznego środka kontrastowego do badań z zastosowaniem rezonansu magnetycznego.	TAK	NIE
--	-----	-----

MIEJSCOWOŚĆ:**DNIA:****CZYTELNY PODPIS PACJENTA:**

--	--	--

(w przypadku osób nieletnich lub niepełnosprawnych zgodę na badanie wyraża rodzic lub opiekun)

Informacja o badaniu

1. Rezonans magnetyczny – opis badania

Rezonans magnetyczny (MRI) umożliwia obrazowanie organizmu bez użycia szkodliwego promieniowania jonizującego, bazując na oddziaływaniu pola magnetycznego. Jest powszechnie wykorzystywany do diagnostyki zmian patologicznych w tkankach i narządach. Badanie jest bezbolesne, nieinwazyjne i, w przypadku braku przeciwwskazań, z reguły nie wywołuje skutków ubocznych. Alternatywną metodą obrazowania może być ultrasonografia (USG), jednak jej dokładność diagnostyczna jest zazwyczaj niższa.

2. Opis powikłań mogących wystąpić po wykonaniu rezonansu magnetycznego

Chociaż rezonans magnetyczny uznawany jest za jedną z najbezpieczniejszych metod diagnostyki obrazowej, mogą wystąpić powikłania, zwłaszcza w przypadku nieprzestrzegania przeciwwskazań. Do głównych przeciwwskazań należą obecność w ciele pacjenta urządzeń takich jak stenty, stymulatory serca, sztuczne zastawki, elektrody, klipsy naczyniowe czy implanty wykonane z materiałów ferromagnetycznych. Ważne jest dostarczenie przez pacjenta dokumentacji medycznej i przeprowadzenie dokładnej kwalifikacji przed badaniem, aby wykluczyć ryzyko związane z obecnością takich elementów.

3. Rezonans magnetyczny z zastosowaniem środka kontrastowego

Decyzję o konieczności podania środka kontrastowego podejmuje lekarz kierujący na badanie rezonansem magnetycznym lub radiolog opisujący badanie (na podstawie danych klinicznych ze skierowania i pierwszych obrazów bez kontrastu). Przed podaniem środka kontrastowego konieczne jest założenie wenflonu, przez który preparat jest podawany dożylnie. Środek kontrastowy stosowany w MRI różni się od używanego w tomografii komputerowej, ponieważ nie zawiera jodu, a opiera się na pierwiastku takim jak gadolin. Preparatem stosowanym w pracowniach jest Gadovist, charakteryzuje się on niską osmolalnością i wysokim poziomem bezpieczeństwa. W rzadkich przypadkach może dojść do uszkodzenia naczynia żylnego lub wynaczynienia środka kontrastowego, co wymaga interwencji medycznej. Środek kontrastowy jest wydalany głównie przez nerki i nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.

4. Powikłania po podaniu środka kontrastowego

Powikłania po zastosowaniu preparatów gadolinowych w rezonansie magnetycznym występują rzadziej niż w przypadku środków kontrastowych stosowanych w tomografii komputerowej. Są zazwyczaj łagodne i przemijające, ale każdy środek kontrastowy może wywołać reakcje uboczne, jako że jest substancją obcą dla organizmu.

5. Objawy niepożądane mogą wystąpić:

- w różnym czasie po podaniu (natychmiast lub z opóźnieniem),
- z różnym nasileniem (od łagodnych po zagrażające życiu),
- zarówno miejscowo (np. wysypka, zaczerwienienie), jak i ogólnoustrojowo (np. nudności, zawroty głowy, duszność).

6. **Powikłania mogą dotyczyć różnych układów:** oddechowego (np. skurcz krtani, duszność), krążeniowego (np. zaburzenia rytmu serca), nerwowego (np. drgawki) oraz nerek (np. włóknienie nerek).

7. **Mogą również wystąpić powikłania związane z założeniem wkłucia obwodowego w celu podaniem środka kontrastowego**, takie jak uszkodzenie naczyń krwionośnych, zakrzepy/zatory, rozwarstwienie naczynia żylnego, pęcherze, owrzodzenia, nekroza skóry, czy zapalenie w miejscu wynaczynienia środka poza żyłę.

8. **Zastosowanie nowoczesnych preparatów niskoosmolarnych** minimalizuje częstotliwość oraz nasilenie reakcji niepożądanych, choć nie eliminuje ich całkowicie. Szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów z wywiadem alergicznym, u których wzrasta ryzyko wystąpienia reakcji ubocznych. W przypadku przeciwwskazań, lekarz nadzorujący badanie może zdecydować o rezygnacji z podania środka kontrastowego.

O jakichkolwiek objawach miejscowych lub ogólnych należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny.

Ja, niżej podpisany(-na), potwierdzam, że zapoznałem(-łam) się i w pełni zrozumiałem(-łam) powyższe informacje dotyczące rezonansu magnetycznego oraz użycia środka kontrastowego. Jestem świadomy/-ma ryzyka powikłań związanego z tym badaniem, a także ograniczeń diagnostycznych, które mogą wynikać z braku zgody na podanie środka kontrastowego. Została mi również zapewniona możliwość swobodnego zadania wszelkich pytań, a odpowiedzi udzielone przez personel medyczny były dla mnie jasne i zrozumiałe. Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zgodne z rzeczywistością, i biorę za nie pełną odpowiedzialność.	TAK	NIE
Jako świadczeniobiorca potwierdzam, że na dzień wykonania badania obrazowego rezonansem magnetycznym w pracowni MR Diagnostic.pl sp. z o. o., sp. k. finansowanego przez NFZ: a) nie są mi udzielane świadczenia zdrowotne jednocześnie przez dwóch różnych lub więcej świadczeniodawców; b) w tym czasie nie jestem hospitalizowany; c) nie jest to dzień przyjęcia bądź wypisu ze szpitala. Jednocześnie w przypadku niespełnienia tych warunków wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym, którego koszt dobrowolnie zobowiązuję się ponieść.	TAK	NIE
Podpisując ankietę potwierdzam zrozumienie jej treści oraz autentyczność podanych w niej danych oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania.	TAK	NIE
Zgadzam się również na przetwarzanie i archiwizację moich danych osobowych oraz potwierdzam, że zostałem poinformowany o klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych MR DIAGNOSTIC dotyczącej przepisów RODO.	TAK	NIE

MIJSCOWOŚĆ:

DNIA:

CZYTELNY PODPIS PACJENTA:

--	--	--

(w przypadku osób nieletnich lub niepełnosprawnych zgodę na badanie wyraża rodzic lub opiekun)

**WERYFIKACJA DANYCH PACJENTA
PRZEZ PIELĘGNIARKE**

**WERYFIKACJA DANYCH PACJENTA
PRZEZ TECHNIKA**

**POTWIERDZENIE ODBIORU
BADANIA PRZEZ PACJENTA**

--	--	--

(data i podpis)

(data i podpis)

(data i podpis)

i *Przez wgląd na rzetelność oceny i opisu wyników badania, czas przygotowania opisu przez lekarza radiologa może ulec wydłużeniu. Reklamacje z tego tytułu nie będą uznawane.*