

ANKIETA DLA PACJENTA ORAZ ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA MR

I. Informacje o Pacjencie:

Nazwisko											Imię	
PESEL											Data urodzenia	
Waga ciała (kg)						Wzrost (cm)					Numer telefonu	
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego											Miejsce badania (miejscowość)	
Adres zamieszkania Pacjenta												

II. Okolica ciała poddana badaniu rezonansem magnetycznym (nazwa badania)

.....

III. Powód badania – jakie dolegliwości występują u Pani/Pana?

.....

IV. Ważne informacje dla Pacjenta przed badaniem MR:

- Badanie rezonansem magnetycznym jest bezbolesne, nieinwazyjne i nie wymaga użycia szkodliwego promieniowania jonizującego. W badaniu tym wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka.
- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie stymulatora serca oraz innych biostymulatorów, wewnętrznych aparatów słuchowych, klipsów naczyniowych, opiłków metalowych w oku.
- Do pracowni MR nie wolno wnosić żadnych metalowych przedmiotów (telefonów, zegarków, kluczy, kart magnetycznych, spinek, kolczyków itp.). Wniesienie tych przedmiotów może spowodować zniszczenie wniesionych przedmiotów i narazić na niebezpieczeństwo osoby znajdujące się w pobliżu skanera.
- Badanie może trwać od 15 do 60 minut. W czasie badania należy leżeć nieruchomo, spokojnie oddychając.
- Głośny dźwięk aparatu jest normalną częścią pracy urządzenia.
- Metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym mogą utrudnić interpretację wyniku, a ponadto mogą stanowić przeciwwskazanie do wykonania badania.
- W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub innych z nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym personelu pracowni MR.
- Nie zaleca się wykonywania badania MR w I trymestrze ciąży.

V. W trosce o Pana/-i bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety poprzez wpisanie "x" w odpowiednim polu.

Informacje dotyczące kobiet	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
Czy ma Pani wstawioną wkładkę wewnątrzmaciczną, antykoncepcyjną?		
Istotne informacje potrzebne przed wykonaniem badania MR z użyciem środka kontrastowego	TAK	NIE
Czy miał/-a Pan/i wykonywany rezonans magnetyczny z dożylnym podaniem kontrastu?		
Czy po podaniu środka kontrastującego wystąpiły powikłania?		
Istotne dane medyczne	TAK	NIE
Czy miał/-a Pan/i wykonywane badanie rezonansem magnetycznym?		
Czy cierpi Pan/-i na klaustrofobię?		
Czy cierpi Pan/-i na jedną z wymienionych chorób? Jeśli tak proszę zaznaczyć: cukrzyca, padaczka, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa.		
Czy jest Pan/-i nosicielem wirusa HIV, WZW B lub WZW C ? Jeśli tak proszę zaznaczyć.		
Czy cierpi Pan/-i na hemofilię lub zaburzenia krzepliwości krwi?		
Czy cierpi Pan/-i na niewydolność nerek, inne choroby nerek?		
Czy jest Pan/-i uczulony/a na leki? Jeśli tak, jakie?		
Czy ma Pan/-i wszczepione wymienione poniżej przedmioty?	TAK	NIE
Rozrusznik serca		
Klipsy naczyniowe, stenty		
Pompa insulinowa lub przyrząd do podawania leków		
Opiłki metalu w oku i/lub w skórze		
Sztuczna zastawka serca		
Port naczyniowy lub zastawka neurochirurgiczna		
Implanty (jakie, gdzie?)		
Protezy / endoprotezy (jakie, gdzie?)		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Proteza zębowa, most, koronka itp.		
Makijaż permanentny (jeśli tak kiedy był zrobiony?)		
Tatuże (jeśli tak, kiedy był zrobiony?)		
Inne wszczepione element metalowe (jakie?)		

- Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym.
- Oświadczam, iż miałem/-am możliwość w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania rezonansem magnetycznym, a dodatkowe objaśnienia z nimi związane, przekazane mi przez personel medyczny zrozumiałem/-am i nie mam uwag.
- Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym.
- Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych kontaktowych do kontaktu w związku z wykonywanym badaniem.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Pacjenta

VI. Badanie rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego

- W celu podania środka kontrastującego konieczne jest przygotowanie dostępu żylnego z zastosowaniem wenflonu,
- Środek kontrastowy podawany przy badaniu MR nie zawiera w swojej budowie jodu, w przeciwieństwie do kontrastu podawanego przy tomografii komputerowej. Środek kontrastowy wydalany jest przez nerki i nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.
- Należy pamiętać, że każdy stosowany środek kontrastowy, jako substancja obca dla organizmu, może powodować skutki uboczne.
- Powikłania mogą wystąpić w różnym czasie po podaniu środka kontrastującego, mogą mieć różne nasilenie oraz różny charakter (nudności, wymioty, świąd skóry, pęknięcie żyły w miejscu wkłucia i.in.)
- W trakcie podawania środka kontrastowego Pacjent może odczuwać ciepło, metaliczny posmak w ustach. Takie odczucia są dość częste i nie powinny budzić niepokoju.
- Jeśli po badaniu środka kontrastującego pojawi się ból głowy, kołatanie serca lub inne niepokojące objawy Pacjent powinien natychmiast powiadomić obsługę.
- Przed badaniem z kontrastem należy dostarczyć **wynik poziomu kreatyniny oraz GFR**. Za aktualne wyniki uznajemy badanie wykonane w okresie nie dłuższym niż 7 dni poprzedzających badanie.
- Ostatni posiłek należy zjeść co najmniej 3 godz. przed badaniem MR.

OŚWIADCZENIE:

TAK NIE

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały udzielone mi wszelkie informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym i podania środka kontrastującego. Jestem świadomy/-a możliwości wystąpienia powikłań związanych z badaniem rezonansem magnetycznym i podaniem środka kontrastującego, a także ograniczonej wartości diagnostycznej badania w razie niewyrażenia przeze mnie zgody na wykonanie badania bez podania środka kontrastującego.

Świadomie wyrażam zgodę na:

Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym bez podania środka kontrastującego

Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastującego

TAK NIE

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach oraz, że podane przez mnie odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data i czytelny podpis pracownika medycznego
przyjmującego dokument

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta lub
przedstawiciela prawnego

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO
POZYSKIWANIA INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko Pacjenta (lub przedstawiciela
ustawowego w przypadku Pacjenta małoletniego)

PESEL

DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

Upoważniam

Pana/Panią

Nr PESEL / data urodzenia

Nie upoważniam nikogo

.....

Data i podpis Pacjenta

Po badaniu Pacjent otrzymuje:

- Płytkę CD z obrazem (bezpośrednio po badaniu)
- Opis badania (maksymalnie po upływie 7 dni roboczych od wykonania badania. Wynik odbiera się zdalnie)

*Powyższe upoważnienie dotyczy wyłącznie świadczeń udzielonych przez Eurodiagnosis Sp. z o.o.