



dane Podmiotu/ pieczęćka Podmiotu

## Zgoda Pacjenta na wykonanie rezonansu magnetycznego (MR)

### I. Informacje o Pacjencie

imię i nazwisko Pacjenta

numer telefonu

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

data urodzenia

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

numer PESEL

imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

### II. Okolica ciała poddana badaniu

### III. W trosce o Pana/Pani bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety poprzez wpisanie w odpowiednim polu „X”

Masa ciała/ Wzrost	kg	cm	
<b>Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią – wypełnia kobieta</b>		Tak	Nie
Czy jest Pani w ciąży?			
Czy karmi Pani piersią?			
<b>Istotne dane medyczne potrzebne przed wykonaniem MR z użyciem środka kontrastowego</b>		Tak	Nie
Czy miał Pan/ miała Pani wykonany rezonans magnetyczny z dożylnym podaniem kontrastu?			
Czy po podaniu środka kontrastowego gadolinowego (stosowanego w rezonansie magnetycznym) wystąpiły powikłania?			
<b>Istotne dane medyczne przed wykonaniem MR</b>		Tak	Nie
Klaustrofobia			
Stymulator/Elektrody serca			
Metalowe opiłki w ciele			
Implant słuchowy			
Sztuczne zastawki serca			
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczerpione elementy wewnątrznaczyniowe (np. filtry naczyniowe, spirale embolizujące)			
Zastawki komorowe lub rdzeniowe			
Neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory			
Metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy			
Metalowe elementy stomatologiczne			
Inne wszczerpione elementy metalowe (jakie?)			
Wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)			
Czy miał Pan/ miała Pani wykonywane zabiegi operacyjne? (Jeśli tak, proszę je wymienić).			
<b>Czy zdiagnozowano u Pana/Pani:</b>		Tak	Nie
astmę, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)			
niewydolność nerek			
<b>Jak ocenia Pan/Pani aktualne samopoczucie? Proszę opisać je w kilku słowach.</b>			





W przypadku pozostawienia w placówce archiwalnej dokumentacji badań obrazowych proszę zaznaczyć jej rodzaj i liczbę				
CD	klisze	dokumentacja papierowa		
Informacje dodatkowe			Tak	Nie
Zostałem(-łam) poinformowany(-na) o ewentualnych kosztach związanych z badaniem i zobowiązuję się do ich pokrycia. Całkowity koszt to około .....				
Czy wyraża Pan/Pani zgodę na udzielenie Panu/Pani dostępu do aplikacji Portal Pacjenta w celu przekazania opisu badania?				

## IV. Informacja o badaniu

### 1. Rezonans magnetyczny – opis badania

Obrazowanie rezonansem magnetycznym nie wymaga użycia szkodliwego promieniowania jonizującego. W badaniu wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Obrazowanie MR wykorzystywane jest do wykrywania zmian chorobowych w tkankach. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne. W przypadku braku przeciwwskazań, co do zasady, nie powoduje skutków ubocznych u badanego. Alternatywnym sposobem obrazowania jest wykonanie badania USG, jednak charakteryzuje się ono mniejszą czułością diagnostyczną.

### 2. Opis powikłań mogących wystąpić po wykonaniu rezonansu magnetycznego

Badanie może wywołać potencjalne skutki uboczne (w przypadku niestosowania się do przeciwwskazań co do jego wykonania). Takimi przeciwwskazaniami są okoliczności wymienione w ankiecie znajdującej się powyżej; są to m.in.: umieszczone w ciele Pacjenta stenty, stymulatory serca, sztuczne zastawki serca, elektrody, klipsy naczyniowe, implanty z materiałów ferromagnetycznych, protezy ortopedyczne. W przypadku zachowania prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR oraz wykluczenia przeciwwskazań do jego wykonania rezonans magnetyczny jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.

### 3. Opis rezonansu magnetycznego z podaniem środka kontrastowego

O wyborze metody badania, z podaniem lub bez podania środka kontrastowego, zawsze decyduje lekarz radiolog nadzorujący badanie. Podejmuje on decyzję na podstawie uwzględnionych w skierowaniu danych klinicznych, a w razie konieczności również wywiadu z Pacjentem i oceny pierwszych sekwencji rezonansu magnetycznego bez kontrastu. W celu podania środka konieczne jest przygotowanie dostępu żylnego z zastosowaniem wenflonu. Środek kontrastowy podawany jest najczęściej dożylnie, rzadziej do kanału kręgowego lub w inną przestrzeń. Środek kontrastowy do rezonansu magnetycznego jest innym preparatem niż środek cieniujący do tomografii komputerowej i nie zawiera w swojej budowie jodu, lecz pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. Jest to także preparat niejonowy, niskoosmolarny, o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla Pacjenta. Podczas podawania środka kontrastowego może wystąpić uszkodzenie naczynia żylnego, związane z założeniem wenflonu lub wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę. W takich sytuacjach personel medyczny ogranicza skutki uszkodzenia naczynia lub wynaczynienia środka kontrastowego oraz przeciwdziała skutkom odległym (pod postacią stanu zapalnego lub martwicy skóry). Środki kontrastowe zastosowane w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki. Nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.

### 4. Opis powikłań mogących wystąpić po podaniu środka kontrastowego

Częstotliwość występowania powikłań po podaniu preparatów gadolinowych w rezonansie magnetycznym jest mniejsza niż po podaniu środków jodowych w tomografii komputerowej i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy pamiętać, że każdy stosowany środek kontrastowy, jako substancja obca dla organizmu, może spowodować reakcje uboczne.

#### Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego mogą:

- wystąpić w różnym czasie po podaniu (niezwłocznie lub z nawet wielogodzinnym opóźnieniem);
- mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania oraz zgonu włącznie);
- mieć różny charakter: **miejscowy** (dot. m.in. odczynów skórnych, pieczenia, swędzenia, wysypki, pęcherzy, zaczerwienień) lub **ogólnoustrojowy** (dot. m.in. nudności, wymiotów, zaburzeń smaku, zaburzeń widzenia, uczucia zmęczenia, zwiększonej potliwości, uczucia gorąca, parestezji, reakcji skórnych, pokrzywki, świądu, białości skóry, egzemy, bólu i uczucia zimna lub gorąca w miejscu podania, bólów i skurczy mięśni);
- wystąpić w następujących układach: **oddechowym** (dot. m.in. skurczu i obrzęku krtani oraz spastyczności oskrzeli, duszności), **krążenia** (dot. m.in. arytmii, zwyżek lub spadków ciśnienia, nagłych zatrzymań krążenia i oddychania, zgonu), **nerwowym** (dot. m.in. drgawek, zaburzeń





świadomości, bólu głowy), **nerek** (o nazwie „nerkowe włóknienie układowe”, charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony i mięśni).

**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;
- zespół ciasnoty spowodowany wynacznieniem dużej ilości środka kontrastowego lub wkłuciem;
- pęcherze, owrzodzenie, nekroza skóry (możliwe do zaobserwowania ok. 6 h po wynacznieniu).

Stosowanie obecnie w pracowniach rezonansu magnetycznego preparatów niskoosmolarnych ograniczają zarówno częstość, jak i nasilenie występowania reakcji ubocznych, jednak nie eliminuje ich całkowicie. Wywiad alergiczny oraz wcześniejsze reakcje uboczne na środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym zwiększają prawdopodobieństwo występowania działań niepożądanych. Jeśli u Pacjenta występują przeciwwskazania, nadzorujący badanie radiolog może nie wyrazić zgody na podanie kontrastu.

**O objawach jakiegokolwiek powikłania należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny.**

**Tak Nie**

Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że przeczytałem(-łam) i zrozumiałem(-łam) powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały udzielone mi wszelkie informacje dotyczące rezonansu magnetycznego i podania środka kontrastowego. Jestem świadomy(-ma) możliwości wystąpienia powikłań związanych z rezonansem magnetycznym i podaniem środka kontrastowego, a także ograniczonej wartości diagnostycznej badania w razie niewyrażenia przeze mnie zgody na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego. Oświadczam, iż miałem(-łam) możliwość, by w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania, a związane z nimi przekazane mi przez personel medyczny dodatkowe objaśnienia zrozumiałem(-łam) i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i że są one zgodne ze stanem faktycznym.

**Tak Nie**

**Świadomie wyrażam zgodę na:**

**Przeprowadzenie rezonansu magnetycznego.**

**Podanie środka kontrastowego w celu wykonania rezonansu magnetycznego.**

Oświadczam, że nie zataiłem(-łam) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach i że wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi oraz oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że w ciągu 2 godzin nie przyjmowałem(-łam) pokarmów.

.....  
(data i podpis pracownika medycznego przyjmującego dokument)

.....  
(data i czytelny podpis Pacjenta/ opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego; w przypadku Pacjenta między 16.–18. r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

**V. Potwierdzam, że zapoznałem(-łam) się z informacjami zawartymi w dokumencie dotyczącym zgody Pacjenta na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego.**

.....  
data, podpis lekarza nadzorującego badanie

