

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO	DO3
--	------------

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL*:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

telefon.....

* w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL –rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, natomiast w przypadku noworodków należy podać nr PESEL matki dziecka

NAZWA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ (ODDZIAŁ/PORADNIA)*:
--

*dotyczy pacjentów szpitala

IMIĘ I NAZWISKO, ADRES ZAMIESZKANIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA:


MASA CIAŁA (KG):.....**WZROST (CM):**

BADANA OKOLICA:.....

Badanie rezonansu MIEDNICY – (Panie) proszę podać termin ostatniej miesiączki

Wszystkie informacje są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

Lp.	Karta wywiadu	Tak*	Nie*
1.	Czy jest Pani w ciąży? Czy karmi Pani piersią? (pytanie tylko dla Pań)		
2.	Czy miał/a Pan/Pani wcześniej badanie MR (rezonansu magnetycznego)? Jeśli tak, proszę podać jakie i kiedy.....		
3.	Czy były wykonywane wcześniej badania z podaniem środka kontrastowego? - MR (rezonans magnetyczny) - KT (tomografia komputerowa) - RTG (np. urografia, arteriografia) - inne		
4.	Czy po podaniu środka kontrastowego pojawiły się jakiegokolwiek reakcje alergiczne? (np. pokrzywka, wymioty, zaczerwienienie skóry) Jeśli tak, proszę podać jakie.....		
5.	Czy jest Pan/Pani uczulony/a na pokarmy, leki, środki kontrastowe? Jeśli tak, proszę podać jakie.....		
6.	Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: jaskrę, arytmie, chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, astmę oskrzelową, choroby układu nerwowego (padaczka), nadczynność tarczycy, inne choroby? Jeśli tak, proszę podać jakie.....		
7.	Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek?		
8.	Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?		
9.	Czy cierpi Pan/Pani na stany lękowe?		
10.	Czy cierpi Pan/Pani na nagłe utraty przytomności?		
11.	Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? Jeśli tak, proszę podać jakie i kiedy:		

	GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>	F25-RTG	
		Wydanie 4	Strona 2 z 6
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO			DO3

12.	Czy ma Pan/Pani tatuaż, makijaż permanentny?		
Lp.	Karta wywiadu	Tak*	Nie*
13.	Czy posiada Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty w ciele:		
	Metaliczne elementy stomatologiczne (proteza zębowa, mostki zębowe itp.)		
	Aparat ortodontyczny		
	Implant ślimakowy lub inny implant uszny, aparat słuchowy		
	Protezę gałki ocznej		
	Sztuczne zastawki serca		
	Stymulator serca		
	Filtry naczyniowe, spirale embolizujące		
	Zastawki komorowe lub rdzeniowe		
	Port naczyniowy		
	Metaliczne implanty ortopedyczne (śruby, stabilizatory, sztuczne stawy), jakie?		
	Klipsy, protezy (inne niż stomatologiczne), stenty naczyniowe		
	Neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory		
	Metalowe szwy chirurgiczne		
	Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
	Metalowe opiłki w ciele		
	Wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) – dotyczy kobiet		
	Inne elementy metalowe lub wyroby medyczne zaimplantowane w ciele, jeżeli tak proszę wymienić jakie?		

Informacja o badaniu rezonansu magnetycznego (MR):

Obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego wykorzystuje oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka, co umożliwi uwidocznienie zmian chorobowych w tkankach.

Przeciwwskazania i działania uboczne po wykonaniu badania rezonansu magnetycznego:

W przypadku posiadania w ciele jakichkolwiek elementów metalowych lub innych, wykonanych z nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym personelu medycznego i w wymaganych przypadkach dostarczenie dokumentacji medycznej (w tym zaświadczenia od lekarza specjalisty i/lub paszportu wyrobu medycznego) celem kwalifikacji do przeprowadzenia badania MR.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania MR jest posiadanie przez pacjenta:

- Stymulatora serca i innych stymulatorów
- Klipsów naczyniowych nieznanego rodzaju (np. po operacji tętniaka)
- Wewnętrznych protez słuchowych nieznanego typu
- Metalicznego ciała obcego w oku

Wykonanie badań MR w ciąży, zwłaszcza w pierwszym trymestrze, należy ograniczyć do wskazań życiowych.

W przypadku tatuażu, kiedy pacjent podczas wykonywania badania rezonansu magnetycznego odczuwa wzmożone ocieplenie tej okolicy ciała, powinien zgłosić personelowi nadzorującemu badanie, co może skutkować koniecznością przerwania badania.

*Właściwie zaznaczyć

	GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań	F25-RTG	
		Wydanie 4	Strona 3 z 6
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO			DO3

Dodatkowymi działaniami ubocznymi mogą być następstwa przebywania w zamkniętej przestrzeni (uczucie dyskomfortu), stąd pacjenci z klaustrofobią lub stanami lękowymi, mogą mieć przeciwwskazania do wykonania badania.

Kolejne działania uboczne mogą wynikać z długotrwałej pozycji leżącej, np. dolegliwości bólowe kręgosłupa, zawroty głowy, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, uczucie duszności.

Czas badania MR wynosi 15-60 minut, w zależności od rodzaju badania. Wymagane jest leżenie bez ruchu w pozycji na plecach lub na brzuchu. Jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania. Poruszanie się pacjenta podczas badania powoduje zniekształcenie obrazu i często konieczność powtórzenia części badania. Może również utrudniać interpretację badania.

Podczas trwania badania pacjent jest obserwowany przez personel, a w razie pogorszenia się samopoczucia pacjent ma w zasięgu ręki przycisk alarmowy. W czasie badania pacjent odczuwa ruchy stołu, przesuwanego się automatycznie do pozycji wymaganej przy kolejnych etapach badania oraz słyszy głośne dźwięki aparatu wykonującego badanie.

Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie przedmiotów metalowych, kart magnetycznych, telefonów, innych przedmiotów elektronicznych, w/w przedmioty mogą ulec uszkodzeniu lub spowodować uszkodzenie aparatu i uszkodzenie ciała osób przebywających w Pracowni Rezonansu Magnetycznego.

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że przeczytałem/zapoznałem się z treścią tego formularza oraz zrozumiałem powyższe informacje. Udzielone informacje na temat badania zostały mi przedstawione w sposób zrozumiały i miałem nieograniczoną możliwość zadawania pytań. Oświadczam, iż w sposób nieskrępowany miałem możliwość wyjaśnić wszystkie moje wątpliwości dotyczące badania, a dodatkowe wyjaśnienia udzielone przez personel medyczny zrozumiałem i nie mam żadnych uwag. Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje, a podane dane w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam, iż nie zataiłem/am żadnych informacji dotyczących stanu zdrowia, historii choroby, przyjmowanych leków i innych istotnych informacji dla sposobu przeprowadzenia badania oraz jego interpretacji. Oświadczam, że zapoznałem/em się z możliwościami wystąpienia powikłań i ryzyka związanego z planowanym badaniem Rezonansu Magnetycznego.

Świadomie wyrażam zgodę na wykonanie badania metodą rezonansu magnetycznego.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/ki
W przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 r.ż.,
wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/przedstawiciela ustawowego

.....
Data, pieczętka i podpis osoby/pracownika medycznego przyjmującego dokument

Nie wyrażam zgody na wykonanie badania metodą rezonansu magnetycznego.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/ki
W przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 r.ż.,
wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/przedstawiciela ustawowego

.....
Data, pieczętka i podpis osoby/pracownika medycznego przyjmującego dokument



**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA REZONANSEM
MAGNETYCZNYM I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

DO3

**W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę zaznaczyć: RODZAJ i ILOŚĆ
DOSTARCZONEJ DOKUMENTACJI BADANIA (MR, TK, RTG, USG, PET, inne)**

CD	Klische	Dokumentacja papierowa		
Informacje dodatkowe		TAK	NIE	NIE DOTYCZY
Zostałem/am poinformowany/a o kosztach związanych z badaniem i zobowiązuję się do ich pokrycia. Całkowity koszt				
Czy wyraża Pan/Pani zgodę na założenie dostępu do aplikacji Portal Pacjenta w celu udostępnienia opisu badania?				

O podaniu środka kontrastowego w badaniu rezonansem magnetycznym decyduje lekarz radiolog na podstawie skierowania, danych klinicznych, wyników badań laboratoryjnych oraz wykonywanego aktualnie badania MR. W przypadku badania z podaniem środka kontrastowego pacjent powinien nie przyjmować pokarmów 6 godzin przed badaniem. Celem dożylnego podania środka kontrastowego wymagane jest założenie wenflonu. Środek kontrastowy jest podawany zazwyczaj dożylnie, rzadziej do kanału kręgowego lub do innej przestrzeni. Środek kontrastowy stosowany w badaniach rezonansu magnetycznego różni się od środka kontrastowego podawanego w innych badaniach radiologicznych, jak np. urografia, arteriografia czy tomografia komputerowa, nie zawiera jodu i jest oparty na gadolinie, pierwiastku ziem rzadkich.

Przy procedurze podawania środka kontrastowego, mogą być obserwowane działania niepożądane, które obejmują:

- powtórzenie założenia wenflonu
- uszkodzenie naczyń żylnych
- wynacznienie środka kontrastowego z ryzykiem stanu zapalnego lub martwicy skóry
- odczyny miejscowe (bolesność w miejscu wkłucia, pieczenie, swędzenie)
- pozostałe działania niepożądane są przedstawione **w tabeli poniżej**:

Klasyfikacja układów i narządów	Często	Niezbýt często	Rzadko	Częstość nieznana (nie może być określona na podstawie dostępnych danych)
Zaburzenia układu immunologicznego		Nadwrażliwość, reakcja rzekomo anafilaktyczna (np. wstrząs rzekomo anafilaktyczny, zapaść naczyniowa, zatrzymanie oddechu, obrzęk płuc, skurcz oskrzeli, sinica, obrzęk jamy ustnej i gardła, obrzęk krtani, niedociśnienie, wzrost ciśnienia krwi, ból w klatce piersiowej, pokrzywka, obrzęk twarzy, obrzęk naczynioruchowy, zapalenie spojówek, obrzęk powiek, uderzenie gorąca, nadmierne pocenie się, kaszel, kichanie, uczucie pieczenia, bledność)		
Zaburzenia układu nerwowego	ból głowy	zawroty głowy, zaburzenia smaku, parestezje	utrata świadomości, drgawki, omamy węchowe	
Zaburzenia serca			tachykardia, kołatanie serca	zatrzymanie akcji serca
Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia		duszność		
Zaburzenia żołądka i jelit	nudności	wymioty	suchość w jamie ustnej	
Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej		rumień, świąd (w tym świąd uogólniony), wysypka (w tym wysypka uogólniona, plamkowa, grudkowa, wysypka ze świądem)		nerkopochnode zwłóknienie układowe
Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania		reakcja w miejscu wstrzyknięcia, uczucie gorąca	złe samopoczucie, uczucie zimna	

*Właściwe zaznaczyć

Wzór formularza obowiązuje od: 01.03.2023r.

	GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu <i>ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań</i>	F25-RTG	
		Wydanie 4	Strona 5 z 6
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO			DO3

Wypełniany formularz oraz zadawane pytania uzupełniające wraz z oceną poziomu kreatyniny i e-GFR służą kwalifikacji pacjenta do badania i możliwości podania środka kontrastowego. Radiolog nadzorujący badanie ma prawo żądać dodatkowej dokumentacji medycznej oraz nie wyrazić zgody na podanie środka kontrastowego.

Objawy niepożądane po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić niezwłocznie po podaniu środka kontrastowego, zazwyczaj występują w przeciągu ok. 30 minut od podania środka kontrastowego, znacznie rzadziej po kilku godzinach lub w przeciągu tygodnia od podania środka kontrastowego. W rzadszych przypadkach, mogą wystąpić w późniejszym terminie (nerkowopochodne włóknienie układowe).

W przypadku wystąpienia jakichkolwiek objawów niepożądanych podczas przebywania pacjenta w Pracowni MR należy natychmiast powiadomić personel medyczny Pracowni, w przypadku wystąpienia objawów późnych, po opuszczeniu Pracowni Rezonansu Magnetycznego, należy skontaktować się z lekarzem rodzinnym, pogotowiem ratunkowym lub SOR, w zależności od występujących objawów klinicznych.

Świadomie wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego do badania rezonansem magnetycznym oraz innych leków zalecanych do przeprowadzenia badania

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/ki
W przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 r.ż.,
wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/przedstawiciela ustawowego

.....
Data, pieczętka i podpis osoby/pracownika medycznego przyjmującego dokument

Nie wyrażam zgody na podanie dożylnie środka kontrastowego do badania rezonansem magnetycznym i przyjmuję odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionego lub ewentualnie niedokończonego rozpoznania, z powodu braku badania z podaniem środka kontrastowego

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/ki
W przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 r.ż.,
wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/przedstawiciela ustawowego

.....
Data, pieczętka i podpis osoby/pracownika medycznego przyjmującego dokument

ZLECENIE PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Wypełnia personel:

Stężenie kreatyniny

Poziom eGFR

KARTA ZLECENIA LEKARZA	Data:		Uwagi
Opis leku (nazwa, dawka, postać, droga podania)	Pieczęć i podpis lekarza	Potwierdzenie podania/godzina (Podpis i pieczętka pielęgniarki)	

Upoważnienie jednorazowe do odbioru wyników badań

Ja, niżej podpisany/a, _____
imię i nazwisko

o nr PESEL / legitymujący/a się dowodem osobistym numer* _____

upoważniam _____
imię i nazwisko

legitymującą/cego się dowodem osobistym nr _____

do odbioru moich wyników badań _____

Poznań, dnia _____

Podpis pacjenta

Informacja dla Pacjenta

Pacjent przy umawianiu wizyty został poinstruowany o nie zabieraniu na badanie cennych, wartościowych rzeczy (biżuterii, zegarków, telefonu, kart magnetycznych itp.).