

**ANKIETA PRZED BADANIEM
REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MR)**

Data badania: _____ Płeć: K / M

Ciężar ciała: _____ Wzrost: _____ Wiek: _____

Badana okolica ciała: _____

Zgłaszane dolegliwości: _____

Szanowni Państwo,

prosimy o uważne zapoznanie się z poniższą ankietą, zaznaczenie właściwych odpowiedzi i wpisanie informacji dotyczących Pani/Pana stanu zdrowia. Uzyskanie odpowiedzi umożliwią nam właściwą kwalifikację do badania oraz przeprowadzenie badania w sposób bezpieczny.

Jeżeli nie będziecie Państwo pewni, jak uzupełnić ankietę, które odpowiedzi zaznaczyć, jakie informacje są istotne z punktu widzenia przeprowadzanego badania, lub będziecie Państwo mieli wątpliwości co do znaczenia nazw/elementów ankiety, prosimy o zwrócenie się z tymi wątpliwościami **do naszego personelu medycznego (pielęgniarki / elektroradiologa / lekarza)**.

Prosimy też o dokładne zapoznanie się z informacjami znajdującymi się poniżej ankiety.

Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć ☐ lub ☐	TAK	NIE
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany/a badaniu MR?		
Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub po podaniu środka kontrastującego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy? Jakież? _____		
Czy zdiagnozowano u Pana/Pani choroby onkologiczne? (proszę wymienić rodzaj choroby oraz datę diagnozy)		
Czy w wyniku urazu ciałem metalicznym pozostał w organizmie Pana/Pani odłamek/opilek?		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzyca, astma oskrzelowa, padaczka, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność nerek, zaburzenia krzepliwości krwi, hemofilia? *właściwe podkreślić/zakreślić		
Czy miał Pan/Pani jakieś operacje? Jeśli tak, proszę podać jakie/kiedy? _____		
Czy jest Pan/Pani po przeszczepie nerki?		
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki? Jeśli tak, to jakie: _____		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię (lęk przed małym, ciasnym pomieszczeniem)?		

Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć ☐ lub ☒		TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty (niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagrzanu): (*właściwe podkreślić/zaznaczyć)			
• rozrusznik serca, defibrylator, kardiowerter, neurostymulator, implant ślimakowy?			
• implantowaną sztuczną zastawkę serca, port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną?			
• stenty, spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe, klipsy naczyniowe, staplery? Data zabiegu _____			
• pompa insulinowa, pompa do podawania leków, sensor pomiaru poziomu cukru?			
• protezę gałki ocznej, aparat słuchowy??			
• protezę zębową, most zębowy, metalowe zęby, aparat ortodontyczny, retajner?			
• protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne, gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki, inne metalowe lub elektroniczne elementy, itp.? (właściwe podkreślić/zaznaczyć) Data zabiegu _____			
W przypadku obecności wyrobów medycznych w ciele pacjenta niezbędne jest dostarczenie dokumentu potwierdzającego jego bezpieczeństwo w aparacie rezonansu magnetycznego lub dokumentacji medycznej z leczenia. W przypadku innych przedmiotów (np. aparat słuchowy, pompa insulinowa, niektóre protezy) konieczne będzie ich usunięcie przed badaniem – zgodnie z zaleceniami przekazanymi przez personel medyczny przygotowujący Państwa do badania.			
• niezagojony tatuaż, makijaż trwały wykonany w przeciągu 4 tygodni?			
Dotyczy kobiet: Czy jest Pani w ciąży? (zaznacz właściwe)	NIE WIEM	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?			
Jeżeli jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV, WZW B, WZW C prosimy o poinformowanie o tym fakcie naszego personelu przed rozpoczęciem przygotowania do badania. Zgodnie z art. 161 kodeksu karnego: § 1. Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV lub dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie tym wirusem lub taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. (...) § 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.			

1. Oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am całą zawartość ankiety.
2. Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i nie zatailem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach, przyjmowanych lekach.

*data, czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego
(pacjenta i przedstawiciela ustawowego)¹*

Ważne informacje dla pacjenta:

- ubrania z metalowymi elementami, przedmioty metalowe, karty magnetyczne, klucze, monety, przedmioty elektroniczne (np. telefon komórkowy, zegarek elektroniczny), biżuterię (w tym spinki do włosów) należy zostawić w szafce w przebieralni;
- podczas trwania badania pacjent jest obserwowany przez personel medyczny, w razie pogorszenia się samopoczucia pacjent ma w zasięgu ręki przycisk alarmowy (gruszka), który w razie potrzeby należy użyć.

¹ W przypadku gdy pacjentem jest małoletni, który ukończył 16 lat.

INFORMACJE I OŚWIADCZENIA

BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM	
opis badania	Obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego wykorzystuje oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka, co umożliwia uwidocznienie zmian chorobowych w tkankach. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne. W przypadku braku przeciwwskazań, co do zasady nie powoduje skutków ubocznych u badanego.
opis powikłań mogących wystąpić w związku z badaniem	Badanie może wywołać potencjalne skutki uboczne w przypadku niestosowania się do przeciwwskazań co do jego wykonania. Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta: – stymulatora serca oraz wszystkich innych stymulatorów, – implantu ślimakowego, – klipsów naczyniowych nieznanego rodzaju (np. po operacjach tętniaka), – wewnętrznych protez słuchowych nieznanego typu, – metalicznego ciała obcego w tkankach miękkich. Wykonanie badania MR w ciąży (jej pierwszym trymestrze) należy ograniczyć do wskazań życiowych. Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie: 1) ubrania z metalowymi elementami, przedmiotów metalowych, kart magnetycznych, kluczy, monet, przedmiotów elektronicznych (np. telefon komórkowy, zegarek elektroniczny), biżuterii (w tym spinek do włosów); 2) aparatu słuchowego, sztucznych zębów, ortozy ortopedycznej. Wyżej wymienione przedmioty znajdując się w polu magnetycznym stanowią bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta oraz elektrodziagnostyki przeprowadzającego badanie. Nadto przedmioty te mogą ulec uszkodzeniu lub mogą uszkodzić aparat.
W przypadku zachowania prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR, wykluczenia przeciwwskazań do jego wykonania oraz stosowanie się do zaleceń personelu przed, w trakcie oraz po badaniu – rezonans magnetyczny jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.	
zgoda na badanie	Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższymi informacjami, przed udzieleniem zgody miałem/am możliwość zadawania pytań personelowi medycznemu oraz wyjaśnienia wątpliwości dotyczących badania. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania rezonansu magnetycznego. <i>data, czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego (pacjenta i przedstawiciela ustawowego)²</i>
<i>data, czytelny podpis pracownika medycznego przeprowadzającego ankietę</i>	

² W przypadku gdy pacjentem jest małoletni, który ukończył 16 lat.

PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

opis	Środek kontrastowy jest substancją chemiczną, którą podaje się przed wykonaniem badania obrazowego (rezonansu magnetycznego), żeby uwidocznić badany obszar.
opis powikłań mogących wystąpić w związku z podaniem środka kontrastowego	Środki kontrastowe stosowane w badaniu rezonansem magnetycznym to preparaty bezpieczne, jednakże 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 nawet z wielogodzinnym opóźnieniem), – mieć różne nasilenie (lekkiego, średniego stopnia, ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania oraz zgonu), – 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, bladeści skóry, egzemy, bólu w miejscu podania, bólów i skurczów mięśni), – wystąpić w następujących układach: oddechowym (dot. m.in. skurczu i brzęku krtani oraz spastyczności oskrzeli, duszności), krążenia (dot. m.in. arytmii, zwyżek i spadków ciśnienia, nagłych zatrzymań krążenia i oddychania, zgonu), nerwowych (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 wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę	Obserwowane działania niepożądane: – uszkodzenie naczynia krwionośnego, zator lub zakrzep w naczyniu żylnym – rozwarstwienie naczynia żylnego i śródścienne podanie środka kontrastowego, – lokalne zmiany zapalne w miejscu wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę – zespół ciasnoty spowodowany wynaczynieniem dużej ilości środka kontrastowego lub wkluciem, – pęcherze, owrzodzenia, martwica skóry (możliwe do zaobserwowania ok 6h po wynaczynieniu).
nie wyrażenie zgody	W przypadku braku zgody na badanie z podaniem środka kontrastowego, proponujemy Panu/Pani badanie bez podania tego środka, a w przypadku braku Pana/Pani zgody na takie badanie, odstąpimy od jego wykonania. Jeżeli wyrazi Pan/Pani zgodę na badanie bez podania tego środka, to je wykonamy, ale może mieć ono ograniczoną wartość diagnostyczną (dostarczyć niepełnych informacji).
zgoda na dożylnie podanie środka kontrastowego	Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższymi informacjami, przed udzieleniem zgody miałem/am możliwość zadawania pytań personelowi medycznemu oraz wyjaśnienia wątpliwości dotyczących podania środka kontrastowego. Wyrażam zgodę na założenie wkłucia obwodowego i na dożylnie podanie środka kontrastowego do badań z zastosowaniem rezonansu magnetycznego.  <i>data, czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego (pacjenta i przedstawiciela ustawowego)³</i>
Ostateczną decyzję o konieczności podania środka kontrastowego podejmuje lekarz radiolog prowadzący/ nadzorujący badanie.	
Pacjent po przeszczepie nerki, badanie wykonywane ze środkiem kontrastowym:	
Wynik badania KREATYNINY z badania laboratoryjnego: _____ mg/dl, eGFR: _____ ml/min/1,73m ² .	
<i>data, czytelny podpis pielęgniarki</i>	
Nazwa środka kontrastowego: _____ ilość: _____ ml	
<i>data, czytelny podpis lekarza nadzorującego badanie</i>	

³ W przypadku gdy pacjentem jest małoletni, który ukończył 16 lat.