

ANKIETA PACJENTA

PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO 3T

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

WZROST (cm):

WAGA (kg):

W trosce o Państwa zdrowie i bezpieczeństwo prosimy o rzetelne odpowiedzi na poniższe pytania:

Czy miał(a) Pan(i) wykonywane wcześniej badanie **MR**? Nie Tak Nie wiem

Czy miał(a) Pan(i) wykonywane wcześniej badanie **TK**? Nie Tak Nie wiem

jeżeli tak, to prosimy o dostarczenie do wglądu opisów i danych zapisanych na nośnikach (CD/DVD)

Czy posiada Pan(i) **wszczepiony**:

- stymulator serca? Nie Tak Nie wiem
- neurostymulator? Nie Tak Nie wiem
- implant ślimakowy? Nie Tak Nie wiem
- pompę insulinową? Nie Tak Nie wiem

Czy ma Pan(i) w organizmie założone operacyjnie **metaliczne elementy** (materiały ortopedyczne, klipsy, szwy, implanty, zastawki, protezy naczyniowe, itp.)? Nie Tak Nie wiem

jeżeli tak, prosimy o dostarczenie dokumentacji medycznej dotyczącej wszczepionych elementów (karta wypisowa ze szpitala, dane dotyczące bezpieczeństwa materiału w polu magnetycznym).

Czy może Pan(i) mieć metalowe opiłki w oku/innej części ciała? Nie Tak Nie wiem

Czy posiada Pan(i) tatuaż badanej okolicy? Nie Tak Nie wiem

Czy przeżył Pan(i) operację badanej części ciała? Nie Tak Nie wiem

jeżeli tak, to jakie i kiedy?

Czy obawia się Pan(i) przebywania w ciasnych pomieszczeniach? Nie Tak Nie wiem

Czy jest Pan(i) uczulony(a) na środki kontrastowe? Nie Tak Nie wiem

jeżeli tak, to na jakie i jakie występowały objawy reakcji uczuleniowej

Prosimy o podanie chorób współistniejących (w szczególności chorób nerek, serca, cukrzycę, chorób infekcyjnych):

Czy jest Pani w ciąży? Nie Tak *jeżeli tak, proszę podać miesiąc/tydzień*

Czy zgadza się Pan(i) na ewentualne podanie buskolidyny/furosemidu? Nie Tak

UWAGA: Badanie MR wymaga od pacjenta pozostawania w bezruchu około 20-60 minut. W niektórych przypadkach zachodzi potrzeba dożylnego podania środka kontrastowego. Do pomieszczenia z aparatem nie wolno wносить przedmiotów ani urządzeń elektronicznych, gdyż może to spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenia wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta i osoby obsługujące urządzenie.

Badanie MR nie może być wykonane u osób z wszczepionym stymulatorem serca, neurostymulatorem, implantem ślimakowym, pompą insulinową, metalicznym ciałem obcym w oku. Nie zaleca się badania MR w pierwszym trymestrze ciąży.

Oświadczam, iż przeczytałem/am i zrozumiałem/am zawarte w ankiecie pytania, a udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przeze mnie informacje. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego.

.....
Podpis pacjenta/ki lub prawnego opiekuna

Data:

KWESTIONARIUSZ

W związku z brakiem skierowania lekarskiego na badanie MR prosimy o uzupełnienie informacji, dotyczących Pani/Pana stanu zdrowia. Poniższe informacje pomogą naszym Lekarzom przy ocenie wykonanego badania.

1. Jakiego obszaru dotyczy wykonywane przez Panią/Pana badanie?

2. Jakie dolegliwości, skłoniły Panią/Pana do przeprowadzenia badania?

3. Od kiedy one występują?

4. Co je nasila, a co przynosi ulgę?

5. Czy była/był a Pani/Pan z tego powodu leczona/ny w przeszłości? Jeżeli tak, to kiedy i jakie leczenie zostało zastosowane?

6. Czy cierpi Pani/Pan na inne schorzenia? Jeżeli tak, to jakie?

7. Czy przyjmuje Pani/Pan przewlekle leki? Jeżeli tak, to jakie?

8. Czy członkowie Pani/Pana rodziny chorowali na choroby przewlekłe (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, stwardnienie rozsiane, inne) lub na choroby nowotworowe?

Bardzo dziękujemy za poświęcony czas.

.....
Czytelny podpis pacjenta/ki lub prawnego opiekuna

Data:

ZGODA NA BADANIE MR Z DOŻYLNYM PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

I. INFORMACJE OGÓLNE NA TEMAT ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Środki kontrastowe podawane dożylnie do badania rezonansu magnetycznego są związkami paramagnetycznymi stosowanymi w celu wykluczenia, potwierdzenia lub dokładnego scharakteryzowania zmian w badanym obszarze. O wskazaniach lub ich braku do podania środka kontrastowego w trakcie badania decyduje Lekarz Radiolog.

II. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Chociaż występują one rzadko, środki kontrastowe mogą powodować reakcje niepożądane. Wyróżniamy trzy rodzaje reakcji niepożądanych związanych z podaniem gadolinowych środków kontrastowych stosowanych w MR:

REAKCJE OSTRE (występujące w ciągu godziny od podania środka), które w zależności od stopnia nasilenia można podzielić na:

- **reakcje o nasileniu łagodnym** – nudności, wymioty, mało nasiloną wysypkę, świąd, rumień, dreszcze, niepokój, samoistnie ustępująca reakcja wazowagalna, uczucie zimna/rozgrzania w miejscu podania.
- **reakcje o nasileniu umiarkowanym** – nasiloną wysypkę, łagodny skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy/krtani, silne wymioty, napad wazowagalny.
- **reakcje o nasileniu ciężkim** – wstrząs hypotensyjny, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia, arytmie, drgawki.

Zwiększone ryzyko ostrych reakcji występuje u pacjentów z poprzednio stwierdzonymi umiarkowanymi i ciężkimi reakcjami nadwrażliwości, astmą oraz atopią wymagającą leczenia. Częstość występowania reakcji nie różni się pomiędzy poszczególnymi środkami kontrastowymi zewnątrzkomórkowymi opartymi na gadolinie.

OPÓŹNIONE REAKCJE TYPU ALERGICZNEGO - są obserwowane rzadko i występują w okresie do kilku dni od podania środka kontrastowego.

BARDZO PÓŹNE REAKCJE – **nerkopochodne włóknienie układowe** (NSF – nephrogenic systemic fibrosis) - jest to bardzo rzadkie schorzenie rozpoczynające się po ok. 2-3 miesiącach od podania środka kontrastowego u osób z zaburzeniami funkcji nerek. Objawy polegają na postępującym włóknieniu skóry, tkanki podskórnej, mięśni i narządów wewnętrznych. W niektórych przypadkach może być śmiertelne. Ryzyko jego rozwinięcia występuje tylko u osób z upośledzoną funkcją nerek i jest tym większe im ta funkcja jest gorsza – w grupie wysokiego ryzyka znajdują się chorzy z GFR < 30 ml/min, dializowani lub z ostrą niewydolnością nerek. Częstość występowania NSF związana jest także z rodzajem i dawką podawanego środka kontrastowego oraz odstępem czasowym pomiędzy podawaniem kolejnych dawek środka kontrastowego.

**O KAŻDYM PRZYPADKU WYSTĄPIENIA OBJAWÓW NIETOLERANCJI ŚRODKA KONTRASTOWEGO
NALEŻY NIEZWŁOCZNIE POINFORMOWAĆ PERSONEL MEDYCZNY PRACOWNI**

Ryzyko uszkodzenia nerek (nefrotoksyczność) po zastosowaniu środków kontrastowych opartych na gadolinie jest bardzo niskie. Istnieje ryzyko związane z uszkodzeniem naczynia podczas podania środka kontrastowego, jednak w większości przypadków nie dochodzi do poważnych powikłań.

U kobiet ciężarnych środki kontrastowe podawane są wyłącznie wtedy, gdy jest to bezwzględnie konieczne. Kobiety karmiące piersią powinny zastosować przerwę w karmieniu przez 24 godziny od podania środka kontrastowego. Podanie środka kontrastowego u ciężarnej/karmiącej kobiety z uszkodzeniem funkcji nerek jest przeciwwskazane.

Środki kontrastowe oparte na gadolinie nie wchodzą w interakcje z innymi lekami.

ŚWIADOMA ZGODA

Oświadczam, że przeczytałam/em i zrozumiałam/em powyższe informacje oraz, że w sposób zrozumiały zostały udzielone mi ustne informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym i podania środka kontrastowego. Podczas rozmowy miałam/em możliwość zadawania pytań, dotyczących komplikacji jakie mogą wystąpić podczas badania MR z użyciem środka kontrastowego i po nim.

Zostałam/em poinformowana/ny o ograniczonej wartości diagnostycznej badania MR w razie niewyrażenia zgody na podanie środka kontrastowego w trakcie badania. Informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały i wyczerpujący. Otrzymałam/em zalecenia po podaniu środka kontrastowego, m. in. w zakresie związanym z koniecznością spożywania płynów i ich ilości. Wszystkie przekazane mi informacje zrozumiałam/em i nie mam żadnych uwag.

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przeze mnie informacje, oraz za ich zgodność ze stanem faktycznym.

Wyrażam / nie wyrażam* świadomą zgodę na badanie MR z dożylnym podaniem gadolinowego środka kontrastowego

*niepotrzebne skreślić

.....

Czytelny podpis pacjenta/ki lub prawnego opiekuna

(W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. równoległa zgoda opiekuna prawnego)

Data:

Czy zostawia Pani/Pan wyniki poprzednich badań?

TAK

NIE

Rodzaj i ilość dostarczonych dokumentów:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

.....
Data i podpis przyjmującego

.....
Data i podpis pacjentki/ta lub prawnego opiekuna