

ZGODA NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MR)

I. Informacje o Pacjencie

Imię i Nazwisko Pacjenta

numer telefonu

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

data urodzenia

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

PESEL

Adres e-mail:

Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej w przypadku
wyniku patologicznego

numer telefonu

Adres e-mail:

II. Okolica ciała poddana badaniu rezonansem magnetycznym

III. W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola „X”

Waga ciała / wzrost	kg	cm			
Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią – wypełnia kobieta	tak	nie			
Czy jest Pani w ciąży?					
Czy karmi Pani piersią?					
Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR z użyciem środka kontrastowego	tak	nie			
Czy miała/miał Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem kontrastu? (np. urografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)					
Czy po podaniu środka kontrastowego: jodowego (TK, urografia) lub gadolinowego (MR) wystąpiły powikłania?					
Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR	tak	nie			
Klaustrofobia					
Stymulator /elektrody serca					
Metalowe opiłki w ciele					
Implant słuchowy					
Sztuczne zastawki serca					
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczepione elementy wewnątrznaczyniowe (np. filtry naczyniowe, spirale embolizujące)					
Zastawki komorowe lub rdzeniowe					
Neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory					
Metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy					
Metalowe elementy stomatologiczne (np. mostki zębowe)					
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) - dotyczy kobiet					
Metalowe szwy chirurgiczne					
Inne wszczepione elementy metalowe (jakie?)					
Wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)					
Czy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? (proszę wymienić)					
Czy zdiagnozowano u Pani /Pana:					
	tak	nie		tak	nie
Niewydolność wątroby (czy miał/a Pani/Pan wykonany przeszczep wątroby)			Astmę, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)		

ZGODA NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MR)

Nazwisko i Imię:

PESEL/data urodzenia:

	tak	nie		tak	nie	
Nagłą utratę przytomności			Nieregularne bicie serca			
Niewydolność nerek			Stan zapalny			
Jaskrę			Zaćmę			
Schorzenia kardiologiczne			Choroby neurologiczne (padaczkę, drgawki)			
Choroby tarczycy (niedoczynność, nadczynność, wole Hashimoto), jakie?			Zaburzenia krzepnięcia i zakrzepicę żył głębokich			
Podwyższone stężenie żelaza w surowicy			Czy stosuje Pani/Pan erytropoetynę?			
Cukrzycę						
Czy występują u Pana/Pani jakiegokolwiek uczulenia, alergię, jakie?						
Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki, jakie?						
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
Zostałam/em poinformowany/a o ew. kosztach związanych z badaniem i zobowiązuję się do ich pokrycia. Całkowity koszt ok.						
Czy wyraża Pan/Pani zgodę na założenie dostępu do aplikacji Portal Pacjenta w celu udostępnienia opisu badania?						

IV. Informacja o badaniu

1. Opis badania rezonansem magnetycznym

Obrazowanie za pomocą rezonansem magnetycznym nie wymaga użycia potencjalnie szkodliwego promieniowania rentgenowskiego. W badaniu Rezonansem Magnetycznym wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Obrazowanie MR wykorzystywane jest do wykrywania zmian chorobowych w tkankach. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne oraz przy braku przeciwwskazań co do zasady nie powoduje skutków ubocznych dla badanego.

2. Opis możliwych powikłań po wykonaniu badania rezonansem magnetycznym

Badanie metodą rezonansu magnetycznego (MR) może wywołać potencjalne skutki uboczne przede wszystkim przy nie stosowaniu się do przeciwwskazań co do jego wykonania. Takimi przeciwwskazaniami są okoliczności wymienione w ankiecie znajdującej się poniżej, tj. m.in.: umieszczone w ciele Pacjenta stenty, stymulatory serca, sztuczne zastawki serca, elektrody, klipsy naczyniowe, implanty z materiałów ferromagnetycznych, protezy ortopedyczne. Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR, oraz wykluczeniu przeciwwskazań do jego wykonania badanie metodą rezonansu magnetycznego jest jednym z najbezpieczniejszych badań w diagnostyce obrazowej.

Dodatkowymi powikłaniami (poza wynikającymi wprost z niestosowania się do przeciwwskazań wymienionych w Ankiecie stanowiącej integralną część niniejszego dokumentu) a związanymi z wykonywaniem badania metodą rezonansu magnetycznego mogą być:

- następstwa pozycji leżącej (np. wymioty, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania, np. duszność),
- powikłania związane z dożylnym podaniem gadolinowego środka kontrastowego, które mogą mieć różne nasilenie i charakter, częstość występowania, oraz odstęp czasowy pomiędzy ich wystąpieniem, a podaniem środka kontrastowego (szczegółowy opis zawiera punkt 4 dokumentu Zgody).
- 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 śródcienne podanie środka kontrastowego,
 - lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacznienia środka kontrastowego poza żyłę,
 - zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

3. Opis badania metodą rezonansu magnetycznego z podaniem środka kontrastowego

O wyborze metody badania MR z podaniem lub bez podania środka kontrastowego zawsze decyduje lekarz radiolog nadzorujący badanie, na podstawie danych klinicznych ze skierowania, wywiadu z Pacjentem i oceny pierwszych sekwencji badania bez kontrastu. W takiej sytuacji konieczne jest założenie dostępu żylnego z użyciem tzw. wenflonu. Kontrast jest podawany najczęściej dożylnie, rzadziej do kanału kręgowego lub do innej przestrzeni. Kontrast stosowany podczas badania MR jest innym preparatem niż środek kontrastowy do tomografii komputerowej, nie zawiera w swojej budowie jodu, lecz pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. Jest to także preparat niejonowy, niskoosmolarny o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla Pacjenta. Czasami zdarza się uszkodzenie naczynia żylnego związane z założeniem wenflonu, lub wynacznieniem środka kontrastowego poza żyłę. Zawsze w takich sytuacjach personel medyczny ogranicza skutki uszkodzenia naczynia lub wynacznienia kontrastu, oraz przeciwdziała negatywno skutkom odległym pod postacią stanu zapalnego lub martwicy skóry. Środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki, nie wchodzą w interakcje z innymi lekami.

Nazwisko i Imię:

PESEL/data urodzenia:

4. Opis możliwych powikłań po podaniu środka kontrastowego

Częstość występowania powikłań po podaniu preparatów gadolinowych w MR jest mniejsza niż w przypadku środków jodowych w tomografii komputerowej i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy jednak pamiętać, że każdy stosowany środek, zarówno jodowy w TK, jak i gadolinowy w MR jako substancja obca dla organizmu może spowodować reakcje uboczne. Reakcje uczuleniowe nie zależą od wielkości dawki podanego preparatu. Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego:

- mogą wystąpić w różnym czasie po podaniu (niezwłocznie lub z opóźnieniem nawet wielu godzin),
- mogą mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania i zgonu włącznie),
- mogą mieć różny charakter: **miejscowy** (m.in. odczyny skórne, pieczenie, swędzenie, wysypka, pęcherze, zaczerwienienie) lub **ogólnoustrojowy** (m.in. nudności, wymioty, zaburzenia smaku, zaburzenia widzenia, uczucie zmęczenia, zwiększona potliwość, uczucie gorąca, parestezje, reakcje skórne, pokrzywka, świąd, błądź skóry, egzema, ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni),
- powikłania mogą dotyczyć układu: **oddechowego** (m.in. skurcz i obrzęk krtani i spastyczność oskrzeli, duszność), **krążenia** (m.in. arytmia, zwężki lub spadki ciśnienia, nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, zgon), **nerwowego** (m.in. drgawki, zaburzenia świadomości, ból głowy), **nerek** (o nazwie – nerkowe włóknienie układowe [NSF], charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony i mięśni). Ryzyko wystąpienia tego powikłania wzrasta proporcjonalnie do stopnia uszkodzenia nerek (niezależnie od przyczyny) i wielkości dawki i częstości podania gadolinu, oraz chorób towarzyszących, takich jak: zaburzenia krzepnięcia i zakrzepica żył głębokich, stan zapalny, niedawno przebyte zabiegi operacyjne (szczególnie naczyniowe), stosowanie dużych dawek erytropoetyny, podwyższone stężenie żelaza w surowicy, niedoczynność tarczycy i wtórna nadczynność przytarczyc, obecność przeciwciał antykardiolipinowych. Należy podkreślić, że w **Pracowniach MR LUX MED Onkologia stosujemy środki kontrastowe o najniższym ryzyku powikłań w postaci NSF.**

Stosowane obecnie w pracowniach MR LUX MED Onkologia cykliczne związki chelatowe ograniczają zarówno częstość jak i nasilenie występowania reakcji ubocznych, jednak nie eliminują ich całkowicie. Wywiad alergiczny, oraz wcześniejsze reakcje uboczne na jodowe środki cieniujące w TK i środki kontrastowe w MR zwiększają prawdopodobieństwo występowania działań niepożądanych. Bardzo ważnym elementem przygotowania do badania jest zebranie wywiadu oraz (jeśli to konieczne) oznaczenie poziomu kreatyniny, przesączania kłębkowego (e-GFR), w celu kwalifikacji do badania.

W celu obliczenia współczynnika przesączania kłębkowego przed badaniem MR, rekomendujemy (szczególnie u osób z niewydolnością nerek) dostarczenie wyniku poziomu kreatyniny w surowicy wykonanego w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące przed badaniem. Informujemy, że w przypadku wyniku wątpliwego może zaistnieć konieczność powtórzenia badania kreatyniny „z palca” na miejscu w Pracowni MR.

Radiolog nadzorujący badanie może nie wyrazić zgody na podanie kontrastu, jeśli Pacjent ma do tego bezwzględne przeciwwskazania. Nadto Pacjent każdorazowo zobowiązany jest podpisać świadomą zgodę na podanie środka kontrastowego i wykonanie badania metodą rezonansu magnetycznego. Zawsze o objawach jakiegokolwiek powikłania należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny.

tak nie

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

Świadomie wyrażam zgodę na:

tak nie

- Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym
- Podanie środka kontrastowego do badania rezonansem magnetycznym
- Podanie środka rozkurczowego (m.in. Buscolizyna lub No Spa)
- Oświadczam, że nie zataiłem/łam żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
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 się z informacjami zawartymi w dokumencie Zgody Pacjenta na badanie oraz przekazałem Pacjentowi informacje o badaniu Rezonansem Magnetycznym, o tym czy istnieje konieczność podania środka kontrastowego, a w przypadku konieczności jego podania, o przeciwwskazaniach do jego podania jak i o możliwościach wystąpienia reakcji ubocznych.

.....
data, pieczęćka i podpis Lekarza nadzorującego badanie