

**ZGODA NA BADANIE
REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MR)**

I. Informacje o Pacjencie

Imię i Nazwisko Pacjenta

Numer telefonu

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

Data urodzenia

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

Numer 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 opłuki w ciele		
Implant słuchowy		
Sztuczne zastawki serca		
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczerpione elementy wewnątrznacyniowe (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 wszczerpione 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
Niewydolność wątroby (czy miał/a Pani/Pan wykonany przeszczep wątroby)		Astmę, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)
Niewydolność nerek, inną chorobę nerek (jaką?)		Stan zapalny (jaki?)

ZGODA NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MR)

Nazwisko i Imię:PESEL/data urodzenia:

	TAK	NIE		TAK	NIE
Schorzenia kardiologiczne (np.: nadciśnienie, niewydolność krążenia, chorobę wieńcową, zaburzenia rytmu serca, blok przedsionkowo-komorowy II i III stopnia, dławica piersiowa)			Choroby neurologiczne (padaczkę, drgawki, utraty przytomności, udar)		
Choroby tarczycy (niedoczynność, nadczynność, wole Hashimoto), jakie?			Zaburzenia krzepnięcia i zakrzepicę żył głębokich		
	TAK	NIE		TAK	NIE
Podwyższone stężenie żelaza w surowicy			Czy stosuje Pani/Pan erytropoetynę?		
Cukrzycę					
Czy występują u Pana/Pani jakiegokolwiek uczulenia, alergię? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie?.....					
Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki, jakie? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jakie?.....					
W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę zaznaczyć: RODZAJ I ILOŚĆ DOSTARCZONEJ DOKUMENTACJI BADANIA (MR, TK, RTG, USG, PET, inne)					
CD	Kliske		Dokumentacja papierowa		
Informacje dodatkowe				TAK	NIE
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 rezonansem magnetycznym 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. Przed badaniem należy również usunąć i pozostawić w przeznaczonym do tego miejscu monety, spinki, zegarki, klucze, oraz wszelkie urządzenia elektroniczne. Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR, oraz wykluczeniu przeciwwskazań do jego wykonania badanie Rezonansem Magnetycznym jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej

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

- a) następstwa pozycji leżącej (np. wymioty, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania, np. duszność),
- b) 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 niniejszego dokumentu),
- c) powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynaczynieniem 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 wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę,
 - zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

3. Opis badania rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego

O wyborze metody badania rezonansem magnetycznym 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 rezonansem magnetycznym 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 do badania rezonansem magnetycznym jest innym preparatem niż kontrast 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. Czasami zdarza się uszkodzenie naczynia żylnego związane z założeniem wenflonu, lub wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę. Zawsze w takich sytuacjach personel medyczny ogranicza skutki uszkodzenia naczynia lub wynaczynienia kontrastu, oraz przeciwdziała leczniczo skutkom odległym pod postacią stanu zapalnego lub martwicy skóry. Środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym są wydalone głównie przez nerki, nie wchodzą w interakcje z innymi lekami.

ZGODA NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MR)

Nazwisko i Imię: PESEL/data urodzenia:

4. Opis możliwych powikłań po podaniu środka kontrastowego

Częstość występowania powikłań po preparatach gadolinowych w MR jest mniejsza niż po środkach jodowych w tomografii komputerowej i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy jednak pamiętać, że każdy stosowany kontrast, 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),
- mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania i zgonu włącznie),
- mieć różny charakter: **miejscowy** (m.in. odczyn skóry, pieczenie, swędzenie, wysypka, pęcherze, zaczerwienienie) lub **ogólnoustrojowy** (m.in. nudności, wymioty, zaburzenia smaku, zaburzenia widzenia, uczucie zmęczenia, zwiększona potliwość, uczucie gorąca, parestezie, reakcje skórne, pokrzywka, świąd, bledność 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, zwichły lub spadki ciśnienia, nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, zgon), **nerwowego** (m.in. drgawki, zaburzenia świadomości, ból głowy), **nerek** (o nazwie – nerkowe włóknienie układowe, 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, przesączenia kłębkowego (e-GFR), w celu kwalifikacji do badania.

W celu obliczenia współczynnika przesączenia 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 rezonansem magnetycznym 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 wyjaśnienia 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**
- ☐ ☐ 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*

.....
Data, pieczęć i podpis technika elektroradiologii

*w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego