	Typ dokumentu i nr:	Edycja nr 3
	UŚWIADOMIONA ZGODA PACJENTA NR 31A Nazwa badania:	<b>REZONANS MAGNETYCZNY</b> Strona 2 z 4

Nie stwierdzono szkodliwego wpływu badania rezonansem w ciąży, ale zaleca się, aby badanie to nie było wykonywane w pierwszym trymestrze ciąży, a w kolejnych miesiącach może być wykonane jedynie w sytuacji wskazań bezwzględnych ustalonych przez lekarza kierującego.

Pytania dodatkowe dla kobiet:

1. Data ostatniej miesiączki \_\_\_\_\_
2. Czy jest Pani w ciąży?                      tak    nie
3. Czy aktualnie karmi Pani piersią?    tak    nie

### **PRZEBIEG WYKONANIA BADANIA**

Badanie wykonywane jest w Pracowni Rezonansu Magnetycznego. Pacjent zostaje położony na stole w aparacie do wykonywania rezonansu. Badanie przeprowadzane jest w obecności lekarza radiologa/kardiologa, pielęgniarki i technika elektroradiologii. Zazwyczaj wymagane jest założenie wenflonu (kaniuli) do żyły obwodowej. W czasie wykonywania badania pacjent jest proszony o nabieranie i wypuszczanie powietrza i pozostawanie przez pewien czas w bezdechu. Konieczna jest w trakcie wykonywania badania całkowita współpraca pacjenta z personelem. Badanie trwa od 30 minut do 1 godziny.

### **WAŻNE!**

1. **Kobiety w ciąży bezwzględnie informują lekarza o swoim stanie!**
2. **Pole magnetyczne może mieć wpływ na implanty i elementy metalowe znajdujące się w ciele pacjenta. W trakcie badania może nastąpić także zakłócenie funkcji niektórych elektronicznych urządzeń wszczepialnych.**

**Jeśli występują jakiegokolwiek wątpliwości czy posiada Pan/Pani wszczepione elementy, które mogą ulec uszkodzeniu lub spowodować zagrożenie w trakcie badania prosimy o zgłoszenie personelowi medycznemu. Przed konsultacją z personelem prosimy nie wchodzić do pomieszczenia, w którym jest skaner.**

**Pole magnetyczne w aparacie rezonansu jest ZAWSZE włączone!**


Prosimy o wskazanie czy Pan/Pani posiada wszczepiony którykolwiek z następujących elementów:

- |                                       |       |            |            |
|---------------------------------------|-------|------------|------------|
| — rozrusznik (stymulator) serca       | ..... | <b>tak</b> | <b>nie</b> |
| — kardiowerter-defibrylator (ICD)     | ..... | <b>tak</b> | <b>nie</b> |
| — system resynchronizacji serca (CRT) | ..... | <b>tak</b> | <b>nie</b> |

### **UWAGA!**

**Jeśli posiadają Państwo którekolwiek z wyżej wymienionych urządzeń prosimy o pobranie załącznika nr 1.**

- |                                      |       |     |     |
|--------------------------------------|-------|-----|-----|
| — sztuczną zastawkę serca            | ..... | tak | nie |
| — metalowe stenty, filtry            | ..... | tak | nie |
| — wenflon lub inny dostęp naczyniowy | ..... | tak | nie |
| — klipsy po operacji tętniaka mózgu  | ..... | tak | nie |

	Typ dokumentu i nr:	Edycja nr 3
	UŚWIADOMIONA ZGODA PACJENTA NR 31A Nazwa badania: <b>REZONANS MAGNETYCZNY</b>	Strona 3 z 4


— zastawki neurochirurgiczne w rdzeniu lub mózgu	.....	tak	nie
— elektroniczne implanty	.....	tak	nie
— system neurostymulacji	.....	tak	nie
— stymulator rdzenia kręgowego	.....	tak	nie
— stymulator wzrostu kości	.....	tak	nie
— elementy stabilizujące kości stawy	.....	tak	nie
— implanty w oku, uchu	.....	tak	nie
— aparat słuchowy (należy go wyjąć przed badaniem)	.....	tak	nie
— sztuczne zęby (należy je wyjąć przed badaniem)	.....	tak	nie
— jakiegokolwiek inny typ protezy	.....	tak	nie
— sztuczną kończynę	.....	tak	nie
— pompę podającą leki	.....	tak	nie
— pompę insulinową	.....	tak	nie
— plastry z lekami	.....	tak	nie
— elementy do brachyterapii	.....	tak	nie
— metalowe ozdoby w ciele	.....	tak	nie

Przed wejściem do pomieszczenia, w którym znajduje się aparat do badania należy wyjąć wszystkie metalowe i elektroniczne elementy, czyli: aparaty słuchowe, sztuczne zęby, klucze, telefony komórkowe, spinki do włosów, biżuterię, zegarki, karty magnetyczne, monety, ubrania z metalowymi elementami.

### **MOŻLIWE POWIKŁANIA WYKONANIA BADANIA**

1. Odczyn uczuleniowy na środek kontrastowy (w tym bardzo rzadko reakcje alergiczne zagrażające życiu mogące prowadzić do zgonu).
2. Objawy niepożądane obciążenia farmakologicznego takie jak: ból i zawroty głowy, ból w klatce piersiowej, uczucie osłabienia, spadek ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca i przewodzenia, zawał serca wraz z jego powikłaniami w tym zgon. W przypadku wystąpienia powyższych objawów podawany jest dożylnie lek (antidotum) zmniejszający lub znoszący działania niepożądane. Część działań niepożądanych może mieć jednak (pomimo podania antidotum) nieodwracalny skutek.

Prosimy, aby Pani /Pan zapytał (a) nas o wszystko, co chciałaby Pani/Pan wiedzieć w związku z planowanym wykonaniem badania. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani /Pana pytania.

	Typ dokumentu i nr:	Edycja nr 3
	Nazwa badania: <b>REZONANS MAGNETYCZNY</b>	Strona 4 z 4

**UŚWIADOMIONA ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA MR**

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o celu wykonania badania, spodziewanych wynikach diagnostycznych badania o ryzyku powikłań wykonania lub jego zaniechania, oraz osobiście przeczytałem/am wykaz możliwych powikłań zamieszczonych na powyższym formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych związanych z moim udziałem w badaniu w celach szkoleniowych, badawczych, naukowych, które będą prowadzone w dziedzinie nauk o zdrowiu.

W PEŁNI ZROZUMIAŁEM/AM INFORMACJE ZAWARTE W TYM FORMULARZU WRAZ Z WYKAZEM MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ ORAZ ZOSTAŁEM/AM WYCZERPUJĄCO POINFORMOWANY/A PODCZAS ROZMOWY Z LEKARZEM. NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ. **WYRAŻAM ZGODĘ** NA WYKONANIE PROPONOWANEGO BADANIA.

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta imieniem i nazwiskiem

.....  
Data, podpis i pieczętka lekarza nadzorującego badanie

**DECYZJA O PODANIU ŚRODKA KONTRASTOWEGO: Badanie z kontrastem TAK  NIE**

data zlecenia	środek kontrast-nazwa	droga podania	dawka	ilość	pieczętka i podpis lekarza zlecającego	pieczętka i podpis pielęgniarki podającej kontrast

.....  
Data i czytelne imię i nazwisko technika elektroradiologii wykonującego badanie