



Mazowiecki Szpital Wojewódzki
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.

Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach im. św. Jana Pawła II Sp. z o.o.
ZESPÓŁ LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO
Zakład Diagnostyki Obrazowej
08 – 110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26
Tel. 25 6403310 ; fax. 25 6403313
REGON 141944750 NIP 8212577607
000000025128-03

**INFORMACJA DLA PACJENTA NA TEMAT REZONANSU MAGNETYCZNEGO
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Nazwisko i imię:	PESEL	ID Zlecenia
Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Wzrost: cm	Waga: kg
Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego:		

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

Zostali Państwo skierowani przez lekarza na wykonanie badania rezonansem magnetycznym. Badanie to umożliwia ocenę budowy i funkcji narządów. W trosce o bezpieczny dla Państwa przebieg badania prosimy o zapoznanie się z informacją o przebiegu badania, a także o rzetelne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania ankiety diagnostycznej do badania rezonansu magnetycznego. Informacje podane przez Panią/Pana są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne. 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.

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. Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR oraz wykluczeniu przeciwwskazań do jego wykonania badanie rezonansem magnetycznym jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.

Opis badania rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego

O wyborze metody badania rezonansem magnetycznym z podaniem lub bez podania środka kontrastowego zawsze decyduje lekarz kierujący lub lekarz radiolog nadzorujący badanie, na podstawie danych klinicznych ze skierowania, wywiadu z Pacjentem i oceny pierwszych sekwencji badania rezonansem magnetycznym bez kontrastu. Konieczne jest założenie dostępu żylnego (tzw. wenflonu). W naszej pracowni stosujemy wyłącznie środki kontrastowe niejonowe, niskoosmolarne, a więc takie, które charakteryzują się wysokim stopniem bezpieczeństwa i minimalizują możliwe reakcje niepożądane u badanego Pacjenta. Podawany dożylnie kontrast zawiera pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. 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 skutkom odległym pod postacią stanu zapalnego lub martwicy skóry. Środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki, nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.

Występowanie powikłań po preparatach gadolinowych w MR są rzadkie i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy jednak pamiętać, że każdy stosowany kontrast, zarówno 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 natychmiast po podaniu lub później nawet do kilkunastu godzin po badaniu. Mogą mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania i zgonu łącznie) oraz różny charakter: miejscowy (m.in. odczyn skórny, pieczenie, swędzenie, wysypka, pęcherze, zaczerwienienie) lub charakter ogólnoustrojowy (m.in. nudności, wymioty, zaburzenia smaku, zaburzenia widzenia, uczucie zmęczenia, zwiększona potliwość, uczucie gorąca, parestezje, reakcje skórne, pokrzywka, świąd, bladeść skóry, egzema, ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni) oraz z zakresu wielu układów: 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). U chorych z przewlekłą chorobą nerek środki kontrastowe stosowane w MR mogą rzadko powodować 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), 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 oraz obecność przeciwciał antykardiolipinowych. Stosowane obecnie w pracowniach MR preparaty niskoosmolarne 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 oznaczenie poziomu kreatyniny, wywiad i kwalifikacja do badania. Radiolog nadzorujący badanie może nie wyrazić zgody na podanie kontrastu, jeśli Pacjent ma do tego bezwzględne przeciwwskazania. Przed dostarczeniem skierowania pacjent z lekarzem kierującym bądź samodzielnie, powinien wypełnić poniższy kwestionariusz ANKIETY DIAGNOSTYCZNEJ DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO.

Każdorazowo Pacjent musi podjąć i podpisać świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego i podanie środka kontrastowego.

ANKIETA DIAGNOSTYCZNA DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza przez zaznaczenie znakiem „X” właściwej, poprawnej odpowiedzi „ TAK” lub „NIE”. Jeżeli na któreś z pytań odpowiedź brzmi „TAK”, prosimy podkreślić lub dopisać właściwe informacje.

Wszystkie dane zamieszczone w tym kwestionariuszu objęte są tajemnicą i ochroną zgodnie z obowiązującym prawem.

		TAK	NIE
1	Czy występuje u Pani/Pana lęk przed przebywaniem w pomieszczeniu zamkniętym?		
2	Czy występują u Pani/Pana uczulenia na leki, środki kontrastowe?		
3	Czy jest Pani w ciąży?		
4	Czy karmi Pani piersią?		
5	Czy posiada Pani/Pan stymulator /elektrody serca?		
6	Czy posiada Pani/Pan implant słuchowy?		
7	Czy posiada Pani/Pan sztuczne zastawki serca?		
8	Czy posiada Pani/Pan zastawki komorowe lub rdzeniowe?		
9	Czy posiada Pani/Pan neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory ?		
10	Czy posiada Pani/Pan wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)?		
11	Czy posiada Pani/Pan metalowe opłuki w ciele?		
12	Czy posiada Pani/Pan metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy?		
13	Czy posiada Pani/Pan, metalowe elementy stomatologiczne (np. mostki zębowe)?		
14	Czy posiada Pani metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)?		
15	Czy posiada Pani/Pan metalowe szwy metaliczne?		
16	Czy posiada Pani/Pan tatuaż, trwałe makijaż?		
17	Czy posiada Pani/Pan inne wszczepione elementy metalowe (jakie?)		
18	Czy w ciągu ostatnich 6- ciu miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? (proszę wymienić)		

Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych znanych mi informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, czy przyjmowanych leków. Miałem(am) pełną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, zostałem(am) poinformowany(a) przez lekarza kierującego: o charakterze, celu badania diagnostycznego, o związanym z nim ryzyku i możliwości powikłań. Uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem(am) wystarczającą ilość czasu, będąc świadomym(mą) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych, wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zleconego badania rezonansu magnetycznego oraz dożylnie podanie środka cieniującego.

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego/ustawowego
data, imię i nazwisko

Czytelny podpis dziecka po ukończeniu 16 roku życia
data, imię i nazwisko

Wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

Potwierdzenie przez dwóch lekarzy: 1 2
data, pieczętka, podpis data, pieczętka, podpis