

**ANKIETA I ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ  
REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

W pokoju badań rezonansu magnetycznego występuje stałe bardzo silne pole magnetyczne !!! Dla niektórych osób może być bardzo niebezpieczne, prosimy o uważne i czytelne wypełnienie ankiety i o zaznaczenie kółkiem właściwych odpowiedzi. odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi ponosi osoba badana lub jej opiekun prawny. w przypadku badań szpitalnych i przy utrudnionym kontakcie z pacjentem ankietę wypełnia i podpisuje lekarz prowadzący..

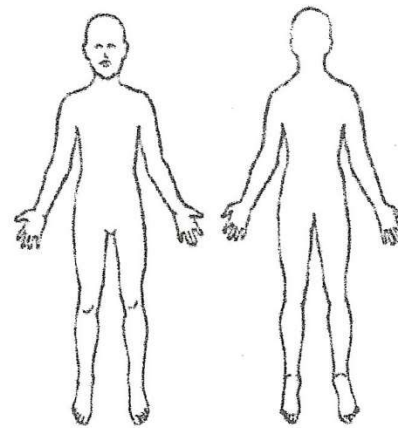
<b>NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA :</b>	<b>PESEL :</b>	<b>NR TELEFONU</b>	<b>WAGA :</b>
			( kg )

<b>CZY KIEDYKOLWIEK PAN / PANI WYKONAŁ/ A BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM ?</b>	
TAK	NIE

<b>ZGODA NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO :</b>	
W razie konieczności wyrażam zgodę na podanie paramagnetycznego środka kontrastowego	TAK NIE

<b>CZY WYSTĘPOWAŁY U PANI / PANA KIEDYKOLWIEK :</b>		
Ciężkie zaburzenia czynności nerek ?	TAK	NIE
Reakcja alergiczna na leki lub środki kontrastowe ? Jeśli tak, jakie :.....	TAK	NIE
Stany lękowe – klaustrofobia ? Zwłaszcza lęk przed przebywaniem w zamkniętym pomieszczeniu.	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca?	TAK	NIE

<b>CZY POSIADA PAN / PANI :</b>		
Rozrusznik serca, stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, by-pass ?	TAK	NIE
Operacyjnie założone metalowe elementy np.: sztuczną zastawkę serca, protezę naczyniową (stent), klipsy naczyniowe, szwy chirurgiczne z drutu, inne – jakie?	TAK	NIE
Pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?	TAK	NIE
Neurostymulator lub inne biostymulatory?	TAK	NIE
Implanty: śruby, płytki, gwoździe, protezy, klipsy, stabilizatory kręgosłupa, inne - jakie?	TAK	NIE
Aparat słuchowy, implant słuchowy, płytka kosteczek słuchowych ?	TAK	NIE
Aparat ortodontyczny, mostki, implanty, protezy zębowe.	TAK	NIE
Inne metaliczne elementy w ciele : opiłki, kula postrzałowa, odłamki, inne - jakie?	TAK	NIE
Tatuaż, makijaż trwały, metalowe ozdoby w ciele?	TAK	NIE
Sztuczną skórę, perukę, sztuczne włosy, plastry uwalniające leki?	TAK	NIE



**Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii, Pracownia Rezonansu Magnetycznego**  
tel. 74 630 60 60 – rejestracja, 74 632 01 97 – pracownia  
e-mail: radiologia@szpital.swidnica.pl



⦿ ul. Leśna 27-29  
58-100 Świdnica  
NIP: 884-22-01-447

✉ spzoz@szpital.swidnica.pl  
🌐 www.szpital.swidnica.pl  
REGON: 000311674

☎ tel. 74 85 17 100  
fax 74 85 17 437  
KRS: 0000085339

**CZY KIEDYKOLWIEK ZOSTAŁY WYKONANE U PANI / A JAKIEŚ ZABIEGI OPERACYJNE ?**

TAK	NIE
Jeśli tak, podać przybliżoną datę i rodzaj operacji .....	

**PYTANIA DODATKOWE ( TYLKO DLA KOBIET ):**

Czy jest pani w ciąży lub aktualnie karmi piersią ?	TAK	NIE
Czy posiada pani metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) ?	TAK	NIE

**UWAGI :**

- Przeciwwskazaniem do wykonania badania rezonansu magnetycznego jest posiadanie przez pacjenta :  
stymulatora serca ( rozrusznik ), aparatu słuchowego w uchu wewnętrznym lub środkowym, metalicznego ciała obcego w oku.
- Badanie wymaga przebywania w bezruchu przez około 30 – 60 min.
- Nie zaleca się wykonywania badania rezonansu magnetycznego w ciąży ( zwłaszcza w I trymestrze ).
- W niektórych przypadkach konieczne jest podanie środka kontrastowego ( dożylnie lub do stawu ), który może wywołać reakcję alergiczną lub zapalną – korzyści z podania kontrastu istotnie przewyższają możliwe wystąpienie powikłań.
- W przypadku kobiet karmiących piersią po badaniu MR ze środkiem kontrastowym zalecane jest przerwanie karmienia w okresie 24 godzin po badaniu .
- Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie przedmiotów metalicznych, przedmiotów elektronicznych, kart magnetycznych, należy unikać ubiorów wyposażonych w haftki, zapinki, suwaki, metalowe guziki .

**MOŻLIWE POWIKŁANIA PO PODANIU ŚRODKA KONTRASTOWEGO:**

- lekkie : nudności, wymioty, świąd skóry, pocenie się, pokrzywka, kaszel, chrypka.
- średnie : omdlenie, obrzęk krtani, obrzęk twarzy, skurcz oskrzeli.
- ciężkie : zatrzymanie oddychania, zatrzymanie krążenia do zgonu włącznie.

**OŚWIDCZENIE PACJENTA :**

- Niniejszym oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.
- Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego poniosę osobiście.
- Zostałem poinformowany/a o ryzyku grożących mi w związku z przeprowadzonym badaniem powikłań
- Na podjęcie decyzji miałem dostateczną ilość czasu.

**WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY** na wykonanie badania rezonansu magnetycznego.

Data : ..... Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna : .....

W związku z brakiem możliwości uzyskania zgody pacjenta / opiekuna prawnego na wykonanie badania rezonansu magnetycznego, a ze wskazań życiowych jest to bezwzględnie konieczne decyzję o wykonaniu badania podejmuje lekarz kierujący ( dotyczy badań szpitalnych w sytuacji utrudnionego kontaktu i braku kontaktu z pacjentem ). Ankiety wypełnia, podpisuje, bierze odpowiedzialność za zawarte informacje lekarz kierujący na badanie:

Data : ..... Pieczętka i podpis lekarza prowadzącego : .....