

**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA WYKONANIE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MRI)**

Imię i nazwisko pacjenta													
PESEL												Nr księgi głównej	

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań i wywiadu lekarskiego podejrzewamy u Pani/Pana* istnienie zmian

2. INFORMACJE O BADANIU

Rezonans magnetyczny jest badaniem, które wykorzystuje działanie pola magnetycznego na ciało człowieka w celu stworzenia szczególnego obrazu struktur anatomicznych ciała człowieka.

Alternatywne metody badania Pani/Pana* to:

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem.

Badanie rezonansem magnetycznym może wywołać potencjalne skutki uboczne przede wszystkim przy nie stosowaniu się do przeciwwskazań co do jego wykonania. Dodatkowymi powikłaniami 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:

- reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy miejscowe (np. obrzęk, zaczerwienienie skóry, świąd) lub
- reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy ogólnoustrojowe (np. zaburzenia kardiologiczne – arytmie, zaburzenia częstości tętna, ciśnienia krwi; zaburzenia oddechowe – duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli, zaburzenia neurologiczne – zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności, mieszane – zatrzymanie krążenia i oddychania),
- powikłania mogą mieć charakter lekki, średni i ciężki, do zatrzymania krążenia i oddychania włącznie.
- powikłania mogą być wczesne (bezpośrednio po dożylnym podaniu środka kontrastowego) lub późne (śródmiażdżowe zwłóknienie nerek)

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 śródściennie podanie środka kontrastowego,
- lokalne zmiany zapalne w miejscu wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę,
- zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich,

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/Panu* zabiegu zdarzają się rzadko.

4. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pani/Pana* przypadku:

☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan* zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani/Pana* stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

5. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała/Pan zapytał* nas o wszystko co Pani chciałaby/ Pan chciał* wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/Pana* wyjaśnienia można uzyskać od każdego specjalisty zatrudnionego w naszym zakładzie. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani/Pana* pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO BADANIA

6. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem* informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią*..... spełnione zostały wszystkie moje wymagania co do informacji na temat :

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników wykonanego badania
- rokowania
- ewentualnego dalszego postępowania

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi) zastrzeżeniami zgadzam się na wykonanie zabiegu REZONANSU MAGNETYCZNEGO oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.		
..... data	 podpis lekarza	 podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałam poinformowana/zostałem poinformowany* o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.		
..... data	 podpis lekarza	 podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....
.....
.....

..... data	 podpis lekarza
---------------	-------------------------

* niepotrzebne skreślić

Informacja dla pacjenta

Badanie wykorzystuje działanie pola magnetycznego na ciało człowieka i wymaga przebywania w bezruchu i w ograniczonej przestrzeni przez około 30 – 60 minut. Obecność silnego pola magnetycznego podczas badania powoduje, iż wszystkie przedmioty metalowe znajdujące się w pobliżu aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania do wykonania badania. Przedmioty, tj.: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektryczne, karty magnetyczne, telefony komórkowe, monety, mogą ulec uszkodzeniu.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNIE USZKODZENIE PRZEDMIOTÓW ZABRANYCH PRZEZ PACJENTA DO POMIESZCZENIA Z REZONANSEM!

Do badania MRI prosimy także o ubiór nie zawierający metalowych dodatków (haftki, zapinki, suwaki, metalowe guziki) oraz nie zakładanie biżuterii. Przy badaniu głowy należy usunąć makijaż, gdyż może on pogorszyć jakość obrazowania. Badaniu towarzyszy okresowy hałas, zależny od fazy badania. W razie potrzeby można zastosować stopery wygłuszające oraz słuchawki, dostępne na terenie pracowni.

Bezwzględne przeciwwskazania do badania MRI to sztuczny rozrusznik serca, neurostymulatory, niektóre implanty metalowe. Nie zaleca się wykonywania badania MRI w ciąży, a szczególnie w jej pierwszym trymestrze. Prosimy przed badaniem nie pić kawy i innych napojów moczopędnych, należy zgłosić się z pustym pęcherzem – nie dotyczy to badania MR miednicy małej. Dla pełnej wartości badania wskazane jest podanie środka kontrastowego. Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w pracowni MRI bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15 – 30 minut. W dniu badania należy dostarczyć pełną dokumentację z badań obrazowych wcześniej wykonanych: MR, TK, USG, karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

Przebieg badania przedstawia się następująco:

1. Pacjent zdejmuje odzież, obuwie i biżuterię, pozostawia rzeczy osobiste w pomieszczeniu Pracowni. Pracownia nie przejmuje odpowiedzialności za pozostawione przedmioty. Do niektórych badań może być konieczne wyjęcie protez uzębienia.
2. Wszystkie przedmioty, które oddziałują z polem magnetycznym (przedmioty metalowe, telefony komórkowe, karty magnetyczne, zegarki itp.) muszą być pozostawione poza pomieszczeniem, w którym wykonywane jest badanie.
3. Badanie może być wykonywane bez lub z podaniem dożylnego środka kontrastowego. Dlatego przed (lub niekiedy w trakcie badania) do żyły obwodowej (najczęściej w zgięciu łokciowym lub na grzbiecie ręki) wprowadzany jest wenflon, przez który podczas badania podawany jest środek kontrastowy. W przypadku niektórych badań decyzja o podaniu środka kontrastowego zapada w czasie badania, wynika bowiem z pierwszych serii obrazów.
4. Pacjent wprowadzany jest do pomieszczenia, w którym znajduje się aparat, zostaje ułożony na stole aparatu. Następnie rozpoczyna się właściwa część badania.
5. Podczas badania pacjent może usłyszeć polecenia (takie jak: nabrać powietrza, wypuścić powietrze, nie przerykać, nie oddychać, nie ruszać się), które powinien wykonać aby umożliwić prawidłowy przebieg badania. Nie można wykonać badania u pacjentów, którzy nie mogą współpracować podczas badania lub nie mogą pozostawać w pozycji leżącej unika się wykonywania badania MRI u osób z klaustrofobią.
6. W czasie podawania środka kontrastowego pacjent może czuć ciepło/gorąco, metaliczny/słodki smak w ustach. Tego rodzaju odczucia są dość częste i nie powinny budzić niepokoju. Jeśli wystąpi uczucie duszności, nudności lub szybkiego bicia serca należy natychmiast powiadomić personel Pracowni.
7. Po podaniu środków kontrastowych mogą wystąpić powikłania:
 - lekkie - nudności, wymioty, świąd skóry, pocenie się, pokrzywka, kaszel, chrypka,
 - średnie - omdlenie, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli,
 - ciężkie - zatrzymanie oddychania, zatrzymanie krążenia do zgonu włącznie.
8. Po wprowadzeniu wenflonu do żyły może w rzadkich przypadkach dojść do powikłań takich jak: pęknięcie żyły, wynaczynienie środka kontrastowego i zapalenie żył powierzchownych.
9. Po badaniu pacjent opuszcza pomieszczenie, w którym znajduje się aparat, ubiera się, zabiera pozostawione przedmioty osobiste. Może opuścić pomieszczenie pracowni lecz musi pozostawać pod nadzorem personelu do 30 minut po wykonaniu badania. Po tym okresie wenflon założony do żyły może być usunięty.
10. Wynik wydawany jest w postaci opisu badania w formie drukowanej oraz płyty CD lub DVD z nagranymi obrazami. Opis badania wykonuje lekarz radiolog. Wykonanie opisu polega na identyfikacji nieprawidłowych elementów w obrazie badania i ich interpretacji, dlatego ważne jest dostarczenie istotnych informacji o przebiegu choroby i dotychczas wykonanych badań obrazowych.

Ankieta

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.

Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania TAK/NIE wstawiając znak X

	TAK	NIE
Czy pacjent posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne, tj.: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. aparat słuchowy, wszczep ślimaka, pompę insulinową (lub inne urządzenia podające leki)?		
Czy pacjent posiada wszczepy, tj.: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne?		
Czy pacjent miał wykonywane jakiekolwiek operacje? Jeżeli tak, to jakie?		
Czy pacjent ma protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opilki w ciele (zwłaszcza w oku)? – jeśli tak, należy podać informację o rodzaju materiału z jakiego jest o wykonany		
Czy pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, niewydolność krążenia, zaburzenia rytmu serca, padaczkę, cukrzycę, choroby nerek, astmę, choroby tarczycy, klaustrofobię? Jeżeli tak to jaką?		
Czy pacjentka jest w ciąży?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? Jeżeli tak, to jakich?		
Czy kiedykolwiek wcześniej miał Pan/Pani wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?		
Czy po podaniu środka kontrastowego podczas padania wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu szpitalnym?		
Czy w przypadku konieczności wyrażam zgodę na podanie przy badaniu środka kontrastowego dożylnie?		

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego