Szpital Świętego Łukasza Spółka Akcyjna
ul. Bystrzańska 94B, 43-309 Bielsko-Biała
KRS: 0000656269, REGON: 243161232, NIP: 5472145493
Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej, Wydział VIII Gospodarczy KRS
Kapitał Zakładowy: 176 500,00 zł, opłacony w całości

DATA BADANIA ……..……

GODZ. ……..….

RODZAJ BADANIA ……..……..

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA MR

Imię:	**Nazwisko:**
Data urodzenia:	**Pesel:**
Waga:	**Wzrost:**

MAGNETYCZNY REZONANS JĄDROWY

Magnetyczny rezonans jądrowy jest badaniem umożliwiającym ocenę budowy i funkcji narządów przy wykorzystaniu pola magnetycznego. W niektórych przypadkach wymagane jest podanie przez wenflon do żyły obwodowej środka kontrastowego w celu pełniejszej oceny zmian.

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA:

1. Przed przystąpieniem do badania należy upewnić się czy nie posiadają Państwo implantów metalowych lub innych przeciwwskazań do wykonania badania.
2. Na badanie należy zgłosić się ze skierowaniem określającym rodzaj badania, potrzebę podania kontrastu. Prosimy przynieść ze sobą wyniki poprzednich badań oraz dokument tożsamości.
3. Przed badaniem z kontrastem każdy Pacjent jest zobowiązany dostarczyć wynik poziomu kreatyniny w surowicy krwi. Za aktualne wyniki uznajemy badanie poziomu kreatyniny wykonane w okresie do 21 dni poprzedzających badanie.
4. Jeżeli osoba badana przyjmuje leki na stałe to w dniu badania powinna przyjąć je normalnie.
5. Ostatni posiłek należy zjeść co najmniej 6 godz. przed badaniem MR.

Odpowiedzi na zadane pytania pomogą personelowi Pracowni w ustaleniu czy Pani/Pan może być bezpiecznie badana/y. W razie wątpliwości dotyczących pytań prosimy o kontakt z personelem. **Uprzejmie prosimy o zakreślenie kółkiem właściwej odpowiedzi**:

Czy miał/a Pan/Pani przeprowadzane zabiegi operacyjne? Jeśli tak prosimy o określenie daty i rodzaju operacji: …… …… ……	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani wykonywane wcześniej badanie rezonansu magnetycznego?	TAK	NIE
Czy były jakiekolwiek problemy w trakcie poprzedniego badania rezonansu magnetycznego? Jeśli tak to jakie: …… ……	TAK	NIE

Czy istnieje możliwość obecności u Pana/i metalowych fragmentów w gałkach ocznych (np. opiłki żelaza)?	TAK	NIE
Czy istnieje możliwość obecności u Pana/i metalowych elementów w ciele (implanty, rozrusznik serca)?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani jakiekolwiek leki? Jeśli tak to jakie: …… ……	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na niedokrwistość, niewydolność nerek, padaczkę?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/ Pani na astmę lub inna chorobę układu oddechowego?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani problemy z oddychaniem?	TAK	NIE
Czy jest u Pana/Pani stwierdzona alergia na jakiekolwiek leki czy inne substancje? Jeśli tak to na jakie: …… ……	TAK	NIE
Czy występowały u Pana/Pani reakcje alergiczne na kontrast stosowany w badaniach obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, koronarografia)	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na klaustrofobię?	TAK	NIE

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 wykonywane jedynie w sytuacjach wskazań bezwzględnych ustalonych przez lekarza kierującego.

Pytania dodatkowe dla kobiet:

Data ostatniej miesiączki ……		
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Czy aktualnie karmi Pani piersią?	TAK	NIE

WAŻNE!

1. **Kobiety w ciąży bezwzględnie informują lekarza o swoim stanie.**
2. **Bezwzględnym przeciwskazaniem do badania MR jest wszczepiony rozrusznik serca.**
3. **Niektóre implanty lub elementy metalowe i elektroniczne wszczepione w ciało mogą być niebezpieczne dla pacjenta lub może nastąpić zakłócenie ich funkcji w trakcie trwania badania. Jeśli występują jakiekolwiek wątpliwości czy posiada Pan/Pani wszczepione elementy, które mogą ulec uszkodzeniu lub spowodować zagrożenie w trakcie badania prosimy nie wchodzić do pomieszczenia, w którym jest skaner przed konsultacją z personelem. Pole magnetyczne w aparacie rezonansu jest zawsze włączone.**
4. **Przed wejściem do pomieszczenia, w którym znajduje się rezonans magnetyczny należy wyjąć wszystkie metalowe i elektroniczne elementy typu: aparaty słuchowe, sztuczne zęby, klucze, telefony komórkowe, spinki do włosów, biżuterię, zegarek, karty magnetyczne, monety, ubrania z metalowymi elementami.**

Szpital Świętego Łukasza Spółka Akcyjna
ul. Bystrzańska 94B, 43-309 Bielsko-Biała
KRS: 0000656269, REGON: 243161232, NIP: 5472145493
Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej, Wydział VIII Gospodarczy KRS
Kapitał Zakładowy: 176 500,00 zł, opłacony w całości

FORMULARZ UŚWIADOMIONEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA:

Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o celu wykonania rezonansu magnetycznego, spodziewanych wynikach diagnostycznych, możliwościach zdiagnozowania moich dolegliwości i podjęciu właściwych decyzji leczniczych przez lekarza kierującego. Akceptuję ryzyko powikłań związanych z wykonaniem badania; najczęstszym objawem niepożądanym badania rezonansu magnetycznego jest ból głowy, uczucie gorąca oraz objawy niepożądane związanie z podaniem dożylnym środka kontrastowego jak krwiak w miejscu wkłucia, duszności, zawroty głowy, utrata przytomności, wstrząs, zgon (występują one niezwykle rzadko). Miałam/em możliwość zadawania dodatkowych pytań lekarzowi w Pracowni Rezonansu Magnetycznego i otrzymania wyczerpujących odpowiedzi.

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY* NA WYKONANIE BADANIA MR

……

Data i czytelny podpis pacjenta imieniem i nazwiskiem

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY* NA PODANIE DOŻYLNIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

……

Data i czytelny podpis pacjenta imieniem i nazwiskiem

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY* NA ZAŁOŻENIE KONTA E-PACJENTA NA STRONIE WWW.LUKASZA.PL UMOŻLIWIAJĄCEGO OTRZYMANIE ON-LINE OPISU PRZEPROWADZONEGO BADANIA**

……

Data i czytelny podpis pacjenta imieniem i nazwiskiem

*Niepotrzebne skreślić

**Założenie konta e-pacjent jest równoznaczne z wyrażeniem świadomej zgody na przetwarzanie danych osobowych, przesłanych przez formularz rejestracji. Przesłane dane osobowe do systemu informatycznego podlegają ochronie zgodnie z Ustawa o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. 2002r. Nr 144, poz. 1204), oraz Ustawa o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014, poz. 1182).

POTWIERDZENIE ODBIORU WYNIKU BADANIA NA PŁYCIE CD

Potwierdzam odbiór płyty CD z zapisem wykonanego badania rezonansu magnetycznego.

……

Data i czytelny podpis pacjenta imieniem i nazwiskiem

Szpital Świętego Łukasza Spółka Akcyjna
ul. Bystrzańska 94B, 43-309 Bielsko-Biała
KRS: 0000656269, REGON: 243161232, NIP: 5472145493
Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej, Wydział VIII Gospodarczy KRS
Kapitał Zakładowy: 176 500,00 zł, opłacony w całości

KARTA BADANIA MR

Imię i nazwisko:
Pesel
Rodzaj badania:
Nr badania :
Data badania:

Sekwencje
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Zużycie materiału	
Rodzaj materiału:	**Ilość:**
Środki kontrastowe	
Gadovist	
Sprzęt jednorazowy	
Wenflon	
Strzykawka	
Nośnik	
Płyta CD	

Technik: ……

Lekarz zlecający podanie środka kontrastowego: ……

Pielęgniarka: ……..