

## **Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na badanie rezonansu magnetycznego**

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Poziom kreatyniny .....

### **Opis badania rezonansem magnetycznym**

**Rezonans magnetyczny (MR)** jest nowoczesną i jedną z najdokładniejszych metod obrazowania narządów i tkanek ludzkiego ciała. Badanie MR pozwala na wczesną diagnostykę i zaplanowanie leczenia wielu chorób, a obrazy uzyskane w trakcie badania dostarczają niezwykle precyzyjnych informacji. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne oraz przy braku przeciwwskazań co do zasady nie powoduje skutków ubocznych dla badanego.

### **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). Podawany dożylnie kontrast zawiera pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. Środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki, nie wchodzą w interakcje z innymi lekami.

### **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. Przeciwwskazaniem bezwzględny do wykonania badania jest stymulator serca, implant ślimakowy ucha wewnętrznego, implanty z materiałów ferromagnetycznych. Przeciwwskazaniami względnymi są klaustrofobia, sztuczne zastawki serca, elektrody, klipsy naczyniowe, protezy ortopedyczne, ciąża w I trymestrze. Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/Panu badania zdarzają się rzadko. Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR oraz wykluczeniu przeciwwskazań do jego wykonania, badanie rezonansem magnetycznym jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.

### **Dodatkowymi powikłaniami związanymi z wykonywaniem badania rezonansem magnetycznym mogą być:**

- a) następstwa pozycji leżącej (np. zawroty głowy, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania, duszność);
- b) powikłania związane z dożylnym podaniem gadolinowego środka kontrastowego:
  - reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy miejscowe (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 (śródmiaższowe zwłóknienie nerek)
- c) powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynacznieniem środka kontrastowego poza żyłę:
  - uszkodzenie naczynia krwionośnego,
  - zator lub zakrzep w naczyniu żylnym,
  - rozwarstwienie naczynia żylnego i śródścienne podanie środka kontrastowego,
  - lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacznienia środka kontrastowego poza żyłę,
  - zakrzepica żył powierzchniowych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

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

WAGA CIAŁA		TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży (trymestr I, II, III)?			
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani wykonywane badanie rezonansu magnetycznego?			
Czy miał/a Pan/Pani podawane środki kontrastowe podczas wcześniejszych badań diagnostycznych? Jeśli tak, to czy w czasie lub po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy? Jakież?			
Czy jest Pan/Pani uczulony na leki? Jeśli tak, to jakie?			
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?			
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: <b>cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, niewydolność wątroby, hemofilię, zaburzenia krzepliwości krwi, niewydolność nerek, choroby nerek?</b> (proszę podkreślić właściwe)			
Czy przeżył/a Pan/Pani ostatnio zabieg operacyjny? Jeśli tak, to jaki?			

**Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty (niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczaniu lub nagrzananiu):**

	TAK	NIE
Rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika		
Implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
Metalowe opłuki, odłamki w ciele lub skórze		
Klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Implantowaną sztuczną zastawkę serca		
Stenty, spirale lub filtry wewnątrznacyniowe		
Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
Port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną		
Protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe		
Protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki itp.		
Metalowe elementy stomatologiczne: protezę zębową, most, metalowe zęby, aparat ortodontyczny itp.		
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)		
Makijaż trwały		
Tatuaż		
Inne wszczepione elementy metalowe? Jakież?		

**Oświadczam, że nie zataiłam(em) żadnych znanych mi informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, przebytych zabiegach operacyjnych czy przyjmowanych leków. Miałam(em) pełną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, zostałam(em) poinformowana(y) przez lekarza kierującego: o charakterze, celu badania diagnostycznego, o związanym z nim ryzyku i możliwości powikłań, w tym związanych z zastosowaniem środka kontrastowego. Uzyskałam(em) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie ewentualne zmiany lub rozszerzenia badania zostaną przeprowadzone, jeśli okaże się to niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.**

**Po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam(em) wystarczającą ilość czasu, będąc świadomą (mym) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych, wyrażam świadomą zgodę na:**

- wykonanie zleconego badania rezonansu magnetycznego**
- dożylne podanie środka kontrastowego do badania rezonansu magnetycznego**

..... Data	..... podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego
---------------	---

**Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego badania. Zostałam(em) poinformowana/ny o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

..... Data	..... podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego
---------------	---