



Centrum Onkologii
im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
ul. Dr I. Romanowskiej 2,
85-796 Bydgoszcz,
Tel.: 52 374 30 00
I część kodu resortowego: 04-00061
Komórka organizacyjna, tel.
VII część kodu resortowego:

ZG-82, edycja 5
strona 1 z 2

Bydgoszcz dnia,.....

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: Nazwisko i imię pacjenta PESEL: Data urodzenia:

ADRES: ulica, nr: kod pocztowy, miejscowość Telefon:

KOD ICD-10: Rozpoznanie(wg międzynarodowej klasyfikacji)..... , (rozszerzenie rozpoznania).....

Przewidywany rodzaj badania.....

Możliwe rozszerzenie zakresu badania.....

I. INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Jest to badanie nieinwazyjne, bezbolesne i nieszkodliwe, ale wymaga wytrwania w bezruchu w trakcie wykonywania poszczególnych sekwencji. Badanie trwa od 15 do 60 minut i jest wykonywane z kontrastem lub bez w zależności od wskazań medycznych. Należy pamiętać aby zabrać ze sobą wcześniejsze wyniki badań (USG, RTG, KT, MR opis ze zdjęciem lub CD). W dniu badania należy zażyć leki, które są stale przyjmowane. **Zalecane jest posiadanie wyniku poziomu kreatyniny (ważne 3 miesiące), u pacjentów hospitalizowanych i w stanie ciężkim ważne 7 dni**
2. W przypadku badań **jelita cienkiego (enterografia) oraz cholangiografii MR** należy być na czczo.
3. W przypadku **badania miednicy**, wieczorem dzień przed badaniem pacjent nie je kolacji i wykonuje pierwszą wlewkę doodbytniczą (Enema - zakupić w aptece). Rano w dniu badania pacjent pozostaje na czczo, wykonuje drugą wlewkę i się wypróżnia (**wykonanie wlewk nie dotyczy pacjentów z nietrzymaniem stolca**). Na badanie należy zgłosić się 30 minut wcześniej
4. Pacjenci kierowani na badanie jelit (enterografia) powinni być na czczo i zabrać ze sobą 1,5 litra wody niegazowanej i zacząć pić dwie godziny przed badaniem.
 5. Potwierdzamy przybycie na badanie w recepcji MR budynek E lub w Głównym Budynku szpitala, jeżeli badanie ma być wykonane w MR26. Pacjenci wykonujący badanie we Włocławku zgłaszają się do gabinetu nr 10.
6. **Po podaniu środka kontrastującego, może wystąpić uczucie ciepła oraz bardzo rzadko inne reakcje uboczne (nudności, wymioty, pokrzywka, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia). Powikłania występują najczęściej w ciągu 20 minut po podaniu środka kontrastującego, dlatego pacjent po zakończonym badaniu pozostaje około 30 minut pod obserwacją pośrednią pielęgniarki.**

Jeżeli pacjent czuje się dobrze i nie wystąpiły u niego powikłania po podaniu środka cieniującego, pielęgniarka usuwa wenflon. W przypadku wystąpienia powikłań decyzję o dalszym postępowaniu podejmuje lekarz.
7. Kobiety karmiące piersią: należy przestać karmić piersią na 24 godziny; mleko nie nadaje się do karmienia.
8. Wynik badania można odebrać osobiście lub przez osobę upoważnioną lub dostępny na koncie pacjenta **pacjent.gov.pl (w zależności od rodzaju skierowania)**
9. Przed badaniem należy usunąć makijaż, protezy zębowe, szpilki do włosów, kolczyki, naszyjniki, zegarki, aparaty słuchowe, okulary itp.



II. Ankieta dotycząca przeciwwskazań do podania środka kontrastującego/ wykonania badania (WYPEŁNA PACJENT)

PROSIMY UWAGAŻNIE WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ ANKIETĘ

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) Czy wystąpiły kiedykolwiek reakcje uboczne po środkach kontrastowych po badaniu MR | ☐ TAK | ☐ NIE |
| b) Czy jest Pani w ciąży? Badanie MR nie jest wykonywane w pierwszym trymestrze ciąży. | ☐ TAK | ☐ NIE |
| c) Czy ma Pan/i rozrusznik serca, implantowaną zastawkę serca? | ☐ TAK | ☐ NIE |
| d) Czy ma Pan/i neurostymulator lub klipsy chirurgiczne wewnątrz naczyń? | ☐ TAK | ☐ NIE |
| e) Czy ma Pan/i implantowany przyrząd do dawkowania leków, stent, filtr lub spiralę naczyniową? | ☐ TAK | ☐ NIE |
| f) Czy ma Pan/i protezy ucha, gałki ocznej, kończyn (endoprotezy, śruby, druty, inne ciała metaliczne), czy wystąpiły zranienia ciałem metalicznym? | ☐ TAK | ☐ NIE |
| g) Czy choruje Pan/i na jaskrę, tachykardię, niedrożność/ zwężenie p. pokarmowego | ☐ TAK | ☐ NIE |

Zgoda na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i zostałem (-am) poinformowany(-a) o możliwości powikłań związanych z podaniem środka kontrastowego i wyrażam zgodę na wykonanie badania z kontrastem.

.....
data podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Nie zgadzam się na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego

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

III. Zlecenie podania środka kontrastowego :

Ciepota ciała: Wzrost: Data i wynik kreatyniny:

KONTRAST i.v. ☐ TAK ☐ NIE ml
nazwa dawka

INNE LEKI :

Lekarz zlecający

.....
Nazwisko i imię tytuł zawodowy Nr prawa wykonywania zawodu
.....
Uzyskane specjalizacje podpis

Pielęgniarka podająca środek kontrastowy

.....
Nazwisko i imię tytuł zawodowy Nr prawa wykonywania zawodu
.....
Uzyskane specjalizacje podpis