

**UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO**  
**ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**  
ul. Medyków 14, 40-752 Katowice, tel. 32 789 47 71, 32 789 47 55

Dane ankiety są poufne i zostaną wykorzystane jedynie w celu bezpiecznego wykonywania badania MR.

**ANKIETA PACJENTA**  
**PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Nazwisko:	Imię:	PESEL:																	
-----------	-------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres:	Kod poczt.:		-																
--------	-------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ur.:	Waga:	Wzrost:
-----------	-------	---------

e-mail:	@	Telefon kontaktowy:																	
---------	---	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stan psychofizyczny oraz obecność metalowych przedmiotów w organizmie Pacjenta mogą stanowić przeciwwskazanie do badania za pomocą rezonansu magnetycznego i być przyczyną zagrożenia dla osoby badanej, mogą również powodować trudności w wykonaniu i prawidłowej ocenie badania.

**Bezwzględny przeciwwskazaniem do badania są:**

- rozrusznik serca,
- opilek metalu w oku,
- neurostymulator,
- niektóre implanty metalowe (np. ślimakowy)

Badanie wykorzystuje działanie pola magnetycznego na ciało człowieka, trwa średnio od 30 do 60 minut. Towarzyszy mu okresowy hałas, zależny od fazy badania. Można zgłosić się na badanie ze stoperami do uszu. Pacjent musi pozostawać w bezruchu wewnątrz aparatu, klaustrofobia niejednokrotnie uniemożliwia wykonanie badania.

Dla prawidłowego uzyskania obrazów konieczna jest pełna współpraca badanego z personelem medycznym.

<b>PYTANIE</b>	<b>ODPOWIEDŹ</b> Postawić symbol X w odpowiednim polu	
Czy w przeszłości było wykonywane badanie MR? Jeśli tak, to jakie?:.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy Pani/ Pan posiada: rozrusznik serca, sztuczną zastawkę serca?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy w przeszłości były komplikacje <b>po dożylnym podaniu kontrastu</b> ? Jeśli były, to jakie?:.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy występują lub występowały alergie, uczulenia? Jeśli tak, to jakiego typu?:.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy występują u Pani/Pana uczulenia na leki?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek i/lub padaczkę?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Czy występuje u Pani/Pana lęk przed przebywaniem w pomieszczeniu zamkniętym (klaustrofobia)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy wykonuje Pani/Pan pracę w kontakcie z opiłkami metali lub możliwa jest ich obecność w częściach miękkich ciała?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy Pani/Pan posiada inne wszczepione metale lub urządzenia (np. implant słuchowy, neurostymulator, pompa insulinowa, inne urządzenia podające leki, zastawka komorowo-żylna lub komorowo-otrzewnowa, plastyka kosteczek słuchowych, implant ślimaka, endoprotezy, odłamki metalowe w ciele lub skórze, kule, szwy metalowe, inne ciała metaliczne)? Gdzie i jakie? .....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Metalowe fragmenty lub opiłki w gałce ocznej, protezę oczną?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Stalowe klipsy operacyjne w tętnicach i żyłach, filtry, stenty, metalowe szwy chirurgiczne ?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Stalowe spirale embolizacyjne?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Stalowe wszczepy ortopedyczne (endoprotezy, śruby, płytki, gwoździe, inne)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Stalowe protezy stawów i kończyn?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Elementy stomatologiczne (np. aparaty zębowe, metalowe mostki zębowe, protezy, korony, implanty)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Tatuaż, trwałe makijaż (peramentny), sztuczne rzęsy ?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Przebyłem/-am zabiegi operacyjne (jakie?).....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Jeżeli na którekolwiek pytanie została udzielona odpowiedź **TAK**, bardzo prosimy o kontakt przed wyznaczonym terminem badania z pracownią rezonansu magnetycznego pod nr telefonu 32 789 47 81.

W sytuacji posiadania metalowych wszczepów prosimy o dostarczenie zaświadczenia informującego o materiale z jakiego zostały wykonane elementy i ich kompatybilności z 1,5 T rezonansem magnetycznym. Zaświadczenie można uzyskać od lekarza lub jednostki medycznej, w której przeprowadzono zabieg wszczępienia elementu.

Oświadczam, że w dniu badania rezonansu magnetycznego

- nie jestem w ciąży       podejrzewam, że jestem w ciąży       jestem w ciąży       nie dotyczy

.....  
data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

**Wyznaczona godzina zgłoszenia się do pracowni rezonansu magnetycznego ujęta w ankiecie nie jest równoznaczna z godziną rozpoczęcia badania.**

## PRZYGOTOWANIE DO BADANIA:

- Na 6 godzin przed badaniem jamy brzusznej i/lub miednicy nie należy spożywać żadnych posiłków.
- Na 2 godziny przed badaniem nie należy przyjmować żadnych płynów. Natomiast w przypadku badania pęcherza moczowego i/lub miednicy żeńskiej należy mieć wypełniony pęcherz moczowy, dlatego prosimy o przyniesienie ze sobą 1l wody niegazowanej oraz o nie korzystanie z toalety min. 2 godziny przed badaniem.
- Do pełnej wartości badania czasami wymagane jest podanie dożylnie środka kontrastowego. Po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje niepożądane takie jak: nudności, wymioty, pokrzywka, chrypka, kaszel, obfite pocenie się, uczucie ciepła, omdlenie, obrzęk twarzy lub krtani, skurcz oskrzeli, drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie krążenia, zgon. **Dlatego na kilka dni przed badaniem należy wykonać badanie krwi oznaczając poziom kreatyniny oraz współczynnik przesączania nerkowego (eGFR). Z wynikami tych badań należy zgłosić się w dniu badania do pracowni rezonansu magnetycznego.**
- Przed badaniem MR głowy i oczodołów nie należy stosować makijażu oraz środków fryzjerskich (np. lakieru do włosów)
- **W dniu badania pacjent powinien zgłosić się z posiadaną dokumentacją medyczną: kartami wypisowymi z leczenia szpitalnego, opisami i plytami CD poprzednio wykonanych badań TK, MRI oraz wynikami usg, jeżeli były wykonywane.**
- Dla własnego komfortu pacjent może zabrać ubranie na zmianę nie posiadające guzików, zamków czy też innych ozdób

Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie w obserwacji w pracowni bezpośrednio po wykonanym badaniu z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15-30 minut.

**Przed wejściem na badanie należy pozostawić na zewnątrz wszystkie przedmioty metalowe, elektroniczne i inne mogące podlegać działaniom pola magnetycznego (telefon, zegarek, biżuterię, karty magnetyczne, klucze i inne).**

**Niniejszym oświadczam**, że podane powyżej pytania są dla mnie zrozumiałe, a odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Cel wykonania badania jest dla mnie jasny i zostałem/-am poinformowany/-a o procedurze badania, także o potrzebie podania środka kontrastowego dożylnie w czasie badania.

.....  
data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

**Oświadczam, że w dniu wykonania badania przebywam/ nie przebywam w szpitalu ( jestem/ nie jestem w trakcie leczenia szpitalnego)**

.....  
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

**ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA  
REZONANSU MAGNETYCZNEGO ORAZ  
EWENTUALNE PODANIE DOŻYLNIEGO ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

<b>Nazwisko:</b>	<b>Imię:</b>	<b>Pesel</b>																		
------------------	--------------	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Informacja o badaniu Rezonansu Magnetycznego (MR):**

**Rezonans Magnetyczny** to nowoczesne i bardzo dokładne badanie przedstawiające przekroje narządów wewnętrznych człowieka we wszystkich płaszczyznach.

Badanie jest wykonywane przez technika rtg pod nadzorem lekarza radiologa i trwa od 30 minut do godziny. **Badanie jest bezbolesne.** Pacjent leży na stole, wsuwany jest do tunelu aparatu MR, pozostając cały czas w kontakcie z technikiem i pielęgniarką. Pozostawanie w bezruchu w trakcie badania umożliwia wykonanie w pełni diagnostycznych obrazów.

**Możliwe powikłania podczas badania:**

**W części badań MR konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego. O podaniu środka kontrastowego decyduje lekarz kierujący lub lekarz radiolog nadzorujący badanie.**

Aktualnie stosuje się nowoczesne środki kontrastowe, niskoosmolarnie preparaty gadolinowe, cechujące się niskim ryzykiem działań niepożądanych. Działania niepożądane są zwykle przejściowe i mają niewielkie nasilenie, jednak opisywano również reakcje o ciężkim lub zagrażającym życiu przebiegu. Szczególne znaczenie mają powikłania z układu moczowego. Dlatego bardzo ważnym elementem przygotowania do badania jest oznaczenie poziomu kreatyniny oraz przesączania kłębuszkowego (eGFR).

Powikłania, które mogą wystąpić dzielimy na:

**Lekkie** - nudności, wymioty, pokrzywka, chrypka, kaszel, kichanie, obfite pocenie, uczucie ciepła.

**Umiarkowane** – omdlenie, obrzęk twarzy i krtani, skurcz oskrzeli.

**Ciężkie** - drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie krążenia, zgon.

**Jeśli po podaniu środka kontrastowego pojawi się ból głowy, kołatanie serca lub inne niepokojące objawy pacjent powinien natychmiast powiadomić o tym lekarza, technika lub pielęgniarkę.**

## Oświadczenie pacjenta:

1. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am przedstawione informacje na temat sposobu wykonania badania oraz mogących wystąpić powikłaniach w związku z badaniem Rezonansu Magnetycznego, w tym z podaniem środka kontrastowego.
2. Udzieliłem/am prawidłowych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Jestem świadomy/a, że brak podania lub podanie nieprawdziwych informacji może mieć negatywny wpływ na stan mojego zdrowia.
3. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały i satysfakcjonujący.
4. Pouczono mnie o ograniczonej wartości diagnostycznej badania MR w razie nie wyrażenia zgody na badanie z podaniem środka kontrastowego.

.....  
Data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

<b>Wyrażam zgodę</b> na badanie Rezonansu Magnetycznego	<b>Wyrażam zgodę</b> na ewentualne dożylnie podanie środka kontrastowego
..... Data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	..... Data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

### Wypełnia lekarz kierujący na badanie MR:

Pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody z powodu:

.....

Data i podpis lekarza : .....

Data:		<b>DODATKOWE INFORMACJE:</b>
Podpis osoby przyjmującej ankietę:		
Poziom kreatyniny:		
eGFR:		
Zlecam dożylnie podanie ..... ml środku kontrastowego .....	Podano ..... ml środku kontrastowego .....	
..... data, pieczętka i podpis lekarza	..... data, pieczętka i podpis pielęgniarki	