

INFORMACJA dla PACJENTA
dotyczące badania diagnostycznego
Rezonans Magnetyczny

W trosce o zdrowie i dobro Pacjenta skierowanego na badania diagnostyczne, wykonywane w CM Gamma prosimy o zwrócenie uwagi na poniższe informacje i przestrzeganie poniższych zasad.

Zasady dotyczące badania rezonansem magnetycznym

1. **Bezwzględny przeciwwskazaniem** do wykonania badania RM jest wszczepienie u Pacjenta:
 - rozrusznik serca,
 - sztuczną zastawkę serca, zastawkę komorową, filtr żyły głównej
 - neurostymulator lub inne biostymulatory,
 - wewnętrzny aparat słuchowy,
 - wszczep ślimaka.
2. Jeśli przeszedłeś operację z wszczepieniem implantów metalowych (**klipsy/śruby/płytki/druty**), **musisz dostarczyć dokument z informacją o rodzaju stopu użytego do ich produkcji lub zaświadczenie od producenta**, potwierdzające, że są one bezpieczne w polu magnetycznym (paszport kompatybilności). Jeśli to możliwe, warto także pokazać zdjęcie RTG z widocznym implantem.
3. W przypadku obecności w ciele innych **ciał metalicznych (odłamki, kule...)** **konieczne jest okazanie zdjęcia RTG z uwidocznionym fragmentem metalu.**
4. Badanie wymaga, nieruchomego leżenia przez około 1h i może wywołać uczucie klaustrofobii u osób wrażliwych na zamknięte przestrzenie.
5. W przypadku rezonansu magnetycznego z **podaniem środka kontrastowego**, konieczne jest posiadanie aktualnych wyników **poziomu kreatyniny (eGFR)** we krwi oraz aktualnych badań RTG lub TK, RM obszaru, który ma być badany. Ostateczną decyzję o podaniu kontrastu podejmuje lekarz radiolog podczas badania - zaleca się więc posiadać aktualny wynik poziomu kreatyniny (eGFR) we krwi.
6. Podczas badania pacjent **nie może mieć przy sobie przedmiotów z metalu**. Należy unikać zakładania w dniu badania biżuterii, spinek, wsuwek, piercingów, biustonoszy z elementami/spinkami metalowymi. Wszystkie przedmioty elektroniczne, magnetyczne (karty płatnicze) i zawierające metal na czas badania muszą zostać w przebieralni - prosimy przewidzieć to przy planowaniu wizyty.
7. Przed badaniem pacjent zostanie poproszony o przebranie się w jednorazowy strój na czas badania.
8. Pacjent musi przed badaniem wypełnić ankietę (strona 2) dot. badania rezonansem magnetycznym i przekazać ją podpisaną technikowi wykonującemu badanie.
9. W rejestracji pacjent powinien zgłosić się **15-20 minut** przed planowaną godziną badania. W przypadku nawet kilku minutowego spóźnienia do gabinetu, technik może odmówić wykonania badania (jest to spowodowane brakiem możliwości wykonania usługi w krótszym czasie).
10. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości i pytań dotyczących ww. informacji należy zwrócić się o wyjaśnienie do technika wykonującego badanie diagnostyczne.

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY / ZGODA DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Badana część ciała: _____

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Płeć: _____

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data urodzenia: _____ Waga: _____ kg

Adres zamieszkania: _____

Upewniamy się o wypełnienie poniższego kwestionariusza poprzez zakreślenie odpowiedzi **TAK** lub **NIE**.

1. Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku badania, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania jego do wykonania, prosimy o określenie czy ma Pan/Pani w swoim ciele:

- rozrusznik serca, sztuczną zastawkę serca, zastawkę komorową, filtr żyły głównej	TAK	NIE
- implantowaną pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki	TAK	NIE
- neurostymulator lub inne biostymulatory, wewnętrzny aparat słuchowy, wszczep ślimaka	TAK	NIE
- klipsy naczyniowe, klipsy chirurgiczne, stenty, spirala embolizująca	TAK	NIE
- implanty ortopedyczne: protezy kończyn, gwoździe, śruby, druty, klipsy, płytki, metalowe szwy itp.	TAK	NIE
- protezę zębową, most, metalowe zęby, itp.	TAK	NIE
- makijaż trwały, tatuaż, piercing	TAK	NIE
- ciała obce w gałce ocznej - opłuki metalu, ołamki metalowe w ciele	TAK	NIE
- metalową wkładkę domaciczną (spirale)	TAK	NIE

2. Czy cierpi Pan/Pani na choroby przewlekłe, Proszę podać jakie: **TAK NIE**

3. Przebyte operacje. Proszę podać jakie i kiedy: **TAK NIE**

4. Czy miał/a Pan/Pani wcześniej podawane środki kontrastowe? Czy po ich podaniu towarzyszyły powikłania? Jeśli tak, to proszę podać jakie? **TAK NIE**

5. Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży? **TAK NIE**

6. Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? **TAK NIE**

7. Alergie, uczulenie jakie: **TAK NIE**

8. Czy przyjmuje Pan/pani leki na stałe, jeśli tak to jakie: **TAK NIE**

9. Kiedy przyjęła Pan/Pani ostatni posiłek:

10. Czy wcześniej miał Pan/Pani rezonans magnetyczny **TAK NIE**

Wyrażam zgodę na badanie rezonansu magnetycznego. **TAK NIE**

Wyrażam zgodę na dożylny / dostawowy (niepotrzebne skreślić) podanie środka kontrastowego. **TAK NIE**

Oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie odpowiedzi. Oświadczam także, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia będąc świadomym / ą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Warszawa, data

podpis pacjenta,
przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego
pacjenta niepełnoletniego

Zlecam dożylny podanie środka kontrastowego:

Rodzaj:

Uwagi:

Ilość: ml nr serii:

Podane leki :

RR przed badaniem RM

Reakcje po podaniu kontrastu :

RR po zakończonym badaniu

podpis lekarza radiologa