

## FORMULARZ ZGODY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ..... NR KS. GŁ. ....

.....  
Pieczętka Oddziału

### INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE procedury medycznej

#### REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....

NUMER HISTORII CHOROBY: .....

#### 1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (a), istnieje podejrzenie:

.....  
.....  
Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani(a) wskazania do diagnostyki zabiegowej (uzyskania materiału do badania mikroskopowego) i/lub leczenia operacyjnego tego schorzenia.

#### 2. METODY LECZENIA

Po szczegółowej analizie Pani(a) przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu diagnostycznego metodą

#### REZONANSU MAGNETYCZNEGO ( MR)

Zabieg ( badanie) będzie polegało na:

zeskanowaniu wiązką pola magnetycznego badanego obszaru, a następnie wygenerowaniu obrazu przekrojów ciała pacjenta przez system komputerowy. Badanie jest wykonywane przez technika rtg pod nadzorem lekarza radiologa i trwa od kilku do kilkunastu minut. W czasie badania pacjent umieszczony jest na specjalnym stole, który przesuwa się w trakcie skanowania. Badany powinien leżeć nieruchomo – w przeciwnym razie uzyskane obrazy będą nieostre i niemożliwe do oceny przez lekarza radiologa. W niektórych badaniach pacjent może być poproszony o wstrzymanie oddechu na kilkanaście sekund. **W przypadku niektórych badań metodą rezonansu magnetycznego konieczne jest podanie drogą dożylną środka kontrastowego.** W badaniach rezonansu magnetycznego stosowane jest pole magnetyczne.

Celem (zabiegu) - badania jest:

całkowicie nieinwazyjna ocena ośrodkowego układu nerwowego (mózgowia i rdzenia kręgowego), stawów i tkanek miękkich oraz narządów jamy brzusznej i miednicy. Obecnie jest to metoda pozwalająca w najlepszy sposób ocenić struktury anatomiczne oraz ewentualną patologię z dokładnością do kilku milimetrów. Badanie służy także nieinwazyjnej ocenie naczyń całego organizmu (tzw. angiografia rezonansu magnetycznego). W angiografii rezonansu magnetycznego przy pomocy aparatu do rezonansu magnetycznego i bez użycia środka kontrastowego (w sposób nieinwazyjny) można otrzymać obraz naczyń krwionośnych i ocenić ewentualne patologie (np. tętniaki, naczynia patologiczne, itp.).

Alternatywne metody leczenia Pani(a) schorzenia obejmują:.....  
.....

## FORMULARZ ZGODY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ..... NR KS. GŁ. ....

### 3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Ponieważ w niektórych badaniach metodą rezonansu magnetycznego konieczne jest dożylnie podanie środka kontrastowego (cieniującego, polepszającego i pozwalającego zróżnicować otrzymany obraz), żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem (badaniem). Kontrast (środki cieniujące) są substancją obcą wprowadzaną do organizmu dlatego istnieje możliwość wystąpienia reakcji ubocznych: miejscowych (nie wymagających postępowania medycznego) czasami ogólnych, wymagających postępowania leczniczego. Do najczęstszych reakcji niepożądanych należą:

- ból,
- uczucie gorąca,
- zaczerwienienie skóry,
- wysypka
- świąd
- nudności
- wymioty
- światłowstręt

W razie wystąpienia u pani (a) podczas badania objawów niepożądanych, może ono być w każdej chwili przerwane w celu oceny tych objawów i wdrożenia właściwego postępowania medycznego. W rzadkich przypadkach może być badanie przerwane z przyczyn technicznych lub z powodu awarii aparatu.

### 4. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani(a) przypadku:

[ ] duże

[ ] średnie

[ ] ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani(a) zgody na proponowany zabieg/badanie, rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące: .....

.....

### 5. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pan(i) zapytała nas o wszystko co chciałaby wiedzieć w związku z planowanym badaniem/ zabiegiem/ leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty zatrudnionego w naszym Szpitalu. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani(a) pytania.

**ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA / ZABIEGU\***

.....

.....

.....

### 6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ ROZSZERZENIA ZABIEGU WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu (badania) możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani(a) zgody zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani(a) zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

**FORMULARZ ZGODY**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** ..... **NR KS. GŁ.** .....

**7. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

W pełni zrozumiałem (am) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem ( podać nazwisko)

..... , spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- a. rozpoznania;
- b. proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych;
- c. dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania;
- d. wyników leczenia;
- e. rokowania;
- f. ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem / zabiegiem operacyjnym\*.

**1. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi informacji zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wiedząc, że w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne, lekarz może ograniczyć informację o stanie mego zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym moje dobro (art. 31 ust. 4 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty).**

**2. Zapewniam, iż przekazałem(-am) wszystkie prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.**

**3. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedołęstwa lub niedoświadczenia**

**8. ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA**

**Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującej procedury medycznej .....**

**oraz jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w procedury medycznej w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia**

.....	.....	.....	.....
data	podpis lekarza	podpis pacjenta albo / i	uprawnionego opiekuna

**FORMULARZ ZGODY**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** ..... **NR KS. GŁ.** .....

**Nie zgadzam się na proponowaną mi procedurę medyczną.**

**Zostałem(-am) poinformowany(a) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis pacjenta albo/ i uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....  
.....  
.....

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

\*niewłaściwe skreślić