



**ZGODA PACJENTA
NA BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO
ORAZ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

Bolesławiec, dnia.....

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Rodzaj badania Waga pacjenta Wzrost pacjenta

Uwaga:

Najczęściej występujące objawy niepożądane po donaczyniowym podaniu środka kontrastowego:

nudności, zawroty, ból głowy, niskie ciśnienie krwi, zaczerwienienie w miejscu podania, dziwny smak w ustach, wynacznienie środka cieniującego, wstrząs anafilaktyczny (u pacjentów uczulonych na środki cieniujące), uczucie gorąca, uczucie palenia w miejscu podania, wysypka skórna.

WYPEŁNIA PACJENT

Proszę uważnie przeczytać i odpowiedzieć na poniższe pytania.

Wszystkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ ZAZNACZYĆ KÓŁECZKIEM!!!

1.	Czy miał Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? (jeśli tak proszę wymienić jakie)	TAK	NIE
2.	Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? (jeśli tak proszę wymienić na jakie)	TAK	NIE
3.	Czy miał(a) Pan/Pani wykonywane badanie rezonansu magnetycznego z donaczyniowym podaniem środka cieniującego?	TAK	NIE
	Czy podczas badania wystąpiły objawy niepożądane? (Jeśli tak, proszę podać jakie)	TAK	NIE
4.	Czy posiada Pan/Pani wszczepione elementy takie jak: rozrusznik serca, neurostymulator, kardiowerter-defibrylator, urządzenie podające leki, wewnętrzny aparat słuchowy, sztuczną zastawkę serca? (podkreślić występujące) Występowanie ww. elementów powoduje, że badanie MR nie może zostać wykonane	TAK	NIE
5.	Czy posiada Pan/Pani wszczepione elementy takie jak: klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, spiralę wewnątrzmaciczną, stabilizatory kręgosłupa? (podkreślić występujące)	TAK	NIE
6.	Czy posiada Pan/Pani: protezy zębowe, kłamry zębowe, szwy metalowe, sztuczne zastawki, tatuaż, makijaż permanentny, metalowe protezy kończyn, protezy stawowe, zespolenia metalowe?	TAK	NIE
7.	Czy cierpi Pan/Pani na następujące dolegliwości lub schotzenia: choroby tarczycy, choroby wątroby, niewydolność nerek, cukrzyca, zaburzenia układu oddechowego, padaczkę, długotrwałe leczenie środkami przeciwbólowymi, alergię, choroba alkoholowa? (podkreślić występujące)	TAK	NIE
8.	Czy cierpi Pan/Pani na schorzenia układu sercowo-naczyniowego (niewydolność serca lub przedsionków)?	TAK	NIE
9.	Czy występuje u Pana/Pani choroba nowotworowa? Podać, jakiej okolicy.....	TAK	NIE
10.	Czy odczuwa Pan/Pani lęk przed ograniczonymi przestrzeniami (np. w windzie)?	TAK	NIE

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się i zrozumiałem (-am) metodę wykonywania badania i możliwościami wystąpienia u mnie skutków ubocznych. Oświadczam również, że nie zataiłem(łam) żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, czy przyjmowania leków, będąc świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Data i podpis pacjenta *

Wyrażam zgodę na wykonanie badania metodą rezonansu magnetycznego.

Data i podpis lekarza Data i podpis pacjenta *

Wyrażam zgodę na zastosowanie środka kontrastowego.

Data i podpis lekarza Data i podpis pacjenta *

Dotyczy kobiet:

Oświadczam, że w chwili obecnej nie podejrzewam u siebie i nie jestem w ciąży.

Data i podpis pacjenta *

Po wykonanym badaniu z kontrastem należy wypić ok. 1,5 litra płynów !!!

W przypadku jakichkolwiek niejasności czy wątpliwości prosimy pytać personel wykonujący badanie.

W przypadku nie wyrażenia zgody na podanie środka kontrastowego badanie będzie miało mniejszą wartość diagnostyczną.

WYPEŁNIA LEKARZ

PACJENT NIE JEST W STANIE PODJAĆ ŚWIADOMEJ ZGODY Z POWODU:

.....

PODPIS LEKARZA

WYPEŁNIA LEKARZ/PIELEGNIARKA

Poziom kreatyniny i GFR: z dnia

ZLECENIE NA PODANIE KONTRASTU

Środek cieniujący: w ilości:

Dożylnie / Doustnie / Doodbytniczo / W inny sposób:

.....
pieczętka i podpis lekarza

POWIKŁANIA PO ZABIEGU

Czy wystąpiły powikłania?	TAK, jakie:	NIE
	

.....
pieczętka i podpis lekarza

* dotyczy pacjenta lub osoby sprawującej prawną opiekę nad pacjentem
** pacjent ambulatoryjny - lekarz radiolog, pacjent z Oddziału - lekarz kierujący na badanie