

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody na badanie:

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL pacjenta:.....

w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody oświadczenie podpisuje przedstawiciel ustawowy:

Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego.....

Do pomieszczenia rezonansu magnetycznego kategorycznie nie można wносить urządzeń elektronicznych (telefony komórkowe, zegarki, pagery, baterie i inne) oraz rzeczy metalowych lub z elementami metalowymi, w tym wózków inwalidzkich oraz kul metalowych. Niezastosowanie się do powyższych zaleceń stwarza poważne zagrożenie dla zdrowia i życia badanych pacjentów i pracowników pracowni, oraz grozi zniszczeniem drogiej aparatury medycznej.

Badanie rezonansu magnetycznego jest badaniem względnie bezpiecznym u osób nie posiadających metalowych ciał obcych. Nie zaleca się wykonania badania MR u kobiet w ciąży (zwłaszcza w okresie pierwszego trymestru).

Osoby z metalowymi ciałami obcymi i implantami, przed wejściem do pomieszczenia rezonansu magnetycznego, powinny koniecznie powiadomić o tym personel pracowni. Niezastosowanie się do tego zalecenia i wejście do pracowni tych osób, może spowodować poważne uszkodzenie ciała, prowadzące do śmierci włącznie.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do badania rezonansu magnetycznego (badania nie wolno wykonywać) jest posiadanie **rozsusznika serca**, metalowych ciał obcych w gałce ocznej (np. opiłki metalu), pompy insulinowej lub innego urządzenia podającego leki, neurostymulatora, lub innych biostymulatorów, stymulatorów wzrostu kości, wewnętrznego aparatu słuchowego, wszczepu ślimaka lub przebytej plastyki kosteczek słuchowych itp.

Względny przeciwwskazaniem do badania rezonansu magnetycznego jest między innymi posiadanie stentów naczyniowych, spirali embolizującej, metalowych wszczepów (śruby, płytki, gwoździe), klipsów naczyniowych (klipsy na tętniaku), lub innych elementów pooperacyjnych, sztucznej zastawki (zastawka komorowo-żylna lub komorowo-otrzewnowa), filtru żyły głównej, stengraftu implantów ortopedycznych, sztucznych stawów, wkładek wewnątrzmacicznych, tatuaży, oraz makijażu (szczególnie permanentnego).

Posiadanie jakichkolwiek z rzeczy wymienionych powyżej, oraz innych ciał obcych i implantów, należy bezwzględnie zgłosić personelowi pracowni przed wejściem do pomieszczenia rezonansu magnetycznego. Niezastosowanie się do tego zalecenia i wejście do pracowni może spowodować u Państwa poważne uszkodzenia ciała, prowadzące do śmierci włącznie.

Prosimy o przeczytanie i w przypadku pozytywnej odpowiedzi na poniższe pytania, zaznaczenie tego faktu znakiem X w kwadracie obok.

1. Czy stwierdzono u Pani/Pana uczulenie na środki kontrastowe lub leki?
2. Czy choruje Pani/Pan na chorobę nerek?
3. Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?
4. Czy jest Pani w ciąży?
5. Czy ma Pani/Pan wszczepione:
 - **rozsusznik serca**
 - sztuczne zastawki serca
 - wewnętrzne klipsy naczyniowe
 - zastawki komorowe lub rdzeniowe
 - neurostymulatory
 - implant słuchowy
 - metalowe opiłki w ciele lub w skórze
 - metalowe mostki zębowe

- metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)
- metalowe szwy chirurgiczne
- inne wszczone metale

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek wątpliwości i pytania odnośnie badania, prosimy o powiadomienie o tym personel pracowni.

.....
data

.....
podpis lekarza udzielającego informacji

Ja niżej podpisany(na) wyrażam zgodę na badanie rezonansu magnetycznego wykonane w tutejszej pracowni przez zespół techników, pielęgniarek, lekarzy. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem(łam) poinformowany(a) przez lekarza kierującego o celowości, oraz ryzyku badania i zapoznałem(łam) się z powyższą informacją dotyczącą przeciwwskazań do badania i związanych z nimi zagrożeniami.. Oświadczam, że miałem(łam) nieskrępowaną możliwość zadawania pytań i w związku z badaniem nie mam żadnych wątpliwości. Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany(a) o przebiegu badania, oraz o ryzyku możliwych powikłań i działań ubocznych, a w przypadku ich wystąpienia, nie będę rościł(a) żadnych pretensji względem personelu wykonującego badanie. Oświadczam, że nie zataiłem żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, w tym o ewentualnym posiadaniu metalowych ciał obcych i wszelkich implantów, będąc świadomym możliwych konsekwencji zatajenia tych faktów. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem wystarczająco dużo czasu.

.....
data

.....
podpis pacjenta / opiekuna

W czasie badania może zaistnieć potrzeba podania dożylnego środka kontrastowego, mającego na celu uzyskanie dokładniejszych obrazów z badania.

Niektóre badania w rezonansie magnetycznym możliwe są do wykonania tylko pod warunkiem podania dożylnie środka kontrastowego. Środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym są stosunkowo bezpiecznymi substancjami i rzadko powodują reakcje niepożądane (np. uczucie gorąca, pokrzywkę, zawroty głowy). W bardzo rzadkich przypadkach mogą powodować groźne dla życia powikłania, takie jak uszkodzenie nerek, zaburzenia krążenia i oddychania, powikłania skórne. W celu oceny wydolności nerek należy dostarczyć aktualny wynik poziomu kreatyniny i GFR.

Z uwagi na fakt, że kontrast jest gęsty, ma konsystencję oleistą, przy osłabionych naczyniach krwionośnych czasem zdarza się pęknięcie naczynia żylnego w trakcie podawania leku, dochodzi do wynaczynienia czyli niezamierzonego wydostania się leku poza naczynie żyłne do otaczających tkanek. Stosuje się wtedy miejscowy opatrunek łagodzący objawy.

W naszej pracowni rezonansu magnetycznego, każdy pacjent ambulatoryjny, u którego podano środek kontrastowy, przebywa na terenie pracowni przez okres kilkudziesięciu minut po badaniu, celem obserwacji pod kątem ewentualnych reakcji niepożądanych. Niekiedy pokontrastowe reakcje niepożądane mogą wystąpić nawet kilkanaście godzin po badaniu – w tych sytuacjach należy skontaktować się z lekarzem lub, w razie potrzeby, wezwać pogotowie ratunkowe.

Ja, niżej podpisany(na), oświadczam, że zostałem(łam) pouczony(na) o ryzyku powikłań związanym z podaniem w trakcie badania paramagnetycznego środka kontrastowego i świadomie wyrażam zgodę na jego podanie, zgodnie ze standardami sztuki medycznej. Wyrażam zgodę na każde niezbędne działanie związane z podaniem środka kontrastowego.

.....
data

.....
podpis pacjenta / opiekuna