

ZGODA PACJENTA
(RODZICÓW / OPIEKUNÓW / PEŁNOMOCNIKÓW)
NA WYKONANIE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO KRĘGOSŁUPA
Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:..... Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Rodzaj badania: ☐ odcinek szyjny ☐ odcinek piersiowy ☐ odcinek lędźwiowo-krzyżowy

Płeć: ☐ KOBIETA ☐ MĘŻCZYZNA

Czy badanie będzie wykonywane z podaniem środka kontrastowego?

☐ TAK ☐ NIE

Dane wymagane przy badaniu z kontrastem

Masa ciała: kg

Kreatynina: mg/dl

Wzrost: cm

eGFR: ml/min/1,73 m²

UWAGA! Niniejsza informacja dotyczy badania MR (rezonansu magnetycznego).

Podczas badania pacjent przebywa w obszarze działania bardzo silnego pola magnetycznego. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta oraz prawidłowego badania, przed wejściem do pracowni MR należy usunąć wszystkie przedmioty metalowe oraz wszelkie urządzenia i akcesoria, które mogą ulec uszkodzeniu lub zakłócić pracę aparatu (np. telefon komórkowy, smartwatch, zegarek, aparat słuchowy, karty: magnetyczne, płatnicze i identyfikatory z paskiem magnetycznym, biżuterię, spinki i metalowe ozdoby do włosów, okulary, protezy z metalowymi elementami oraz przedmioty metalowe znajdujące się w ubraniach, itd.)

PRACOWNIA MR NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA USZKODZENIE LUB UTRATĘ PRZEDMIOTÓW POZOSTAWIONYCH PRZY PACJENCIE, KTÓRE MOGŁY ULEC ODDZIAŁOWYWANIU POLA MAGNETYCZNEGO.

- 1) Pacjenci, którzy nie ukończyli 18 lat, zobowiązani są zgłosić się na badanie w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub innej pełnoletniej osoby upoważnionej do sprawowania nad nimi opieki.
- 2) W trakcie badania aparat MR emituje dźwięki o znacznym natężeniu. W celu zwiększenia komfortu pacjenta zapewniane są ochronniki słuchu ograniczające odczuwanie hałasu.
- 3) Badanie wymaga pozostawania w pozycji nieruchomej przez cały czas jego trwania, który może wynosić od kilkunastu do kilkudziesięciu minut.
- 4) W przypadku klaustrofobii należy niezwłocznie poinformować personel medyczny przed wykonaniem badania.



DOTYCHCZASOWE WYKONANE BADANIA DIAGNOSTYCZNE – dotyczące badanego odcinka kręgosłupa
(prosimy o podanie miejsca oraz terminu wykonania badania)

Badanie MR.....

Zdjęcie RTG.....

Tomografia komputerowa.....

Badanie USG.....

**PROSIMY O DOŁĄCZENIE ZDJĘĆ, ZWŁASZCZA W PRZYPADKU BADANIA KONTROLNEGO, ZOSTANĄ
ONE ZWRÓCONE PACJENTOWI O WYKONANIU BADANIA.**

CZY PACJENT PRZEBYŁ ZABIEGI OPERACYJNE BADANEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA?

☐

TAK

☐

NIE

Jeżeli tak, prosimy podać rodzaj operacji oraz rok jej wykonania:

.....
.....

CZY PACJENT MA STABILIZACJĘ KRĘGOSŁUPA LUB INNE IMPLANTY ORTOPEDYCZNE?

☐

TAK

☐

NIE

Jeżeli tak, to jakie?

.....

CZY PACJENT MIAŁ INNE ZABIEGI W ODBRĘBIE KRĘGOSŁUPA?

☐

TAK

☐

NIE

Jeżeli tak, to kiedy?

.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE OBJAWÓW

Główna przyczyna skierowania na badanie / dolegliwości:

.....

Czy występują bóle kręgosłupa?

☐

TAK

☐

NIE

Czy występuje drętwienie lub mrowienie kończyn?

☐

TAK

☐

NIE

Czy występuje osłabienie siły mięśniowej?

☐

TAK

☐

NIE

Jeżeli tak, proszę wskazać lokalizację:

.....



ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA

STAN ZDROWIA

Czy występują lub występowały u Pani/Pana:

Klaustrofobia (lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami)

☐ TAK

☐ NIE

Choroba nerek

☐ TAK

☐ NIE

Ciężka niewydolność nerek

☐ TAK

☐ NIE

Astma

☐ TAK

☐ NIE

Alergia

☐ TAK

☐ NIE

Jeżeli TAK, to na co?

Czy kiedykolwiek wystąpiła reakcja alergiczna o podaniu środka kontrastowego?

☐ TAK

☐ NIE

Jeżeli TAK, proszę opisać objawy:

Dotyczy kobiet

Czy jest Pani w ciąży?

☐ TAK

☐ NIE

Czy karmi Pani piersią?

☐ TAK

☐ NIE

Jeżeli TAK, prosimy o wpisanie:

Tydzień ciąży:.....

PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z WYKAZEM PRZEDMIOTÓW, KTÓRYCH OBECNOŚĆ MOŻE STANOWIĆ ZAGROŻENIE DLA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA LUB WPLYNĄĆ NA PRAWIDŁOWY PRZEBIEZ BADANIA MR.

- rozrusznik serca
- wewnętrzne protezy słuchowe
- stymulator wzrostu kości
- neurostymulator (TENS)
- jakiegolwiek typ stymulatora biologicznego
- jakiegolwiek elektrody wewnętrzne (np.: przewody po stymulatorach serca)
- implantowane urządzenie infuzyjne
- implantowana pompa insulinowa
- zacisk tętniaka (klips naczyniowy)
- wszczepy wewnątrzślimakowe
- jakiegolwiek typ filtru wewnątrzmacicznego lub podobnego urządzenia (Gianturco, Gunther, Palmaz)
- jakiegolwiek wszczep elektroniczny, mechaniczny lub magnetyczny
- jakiegolwiek metalowe ciało obce, kula lub odłamek
- cewnik Swana-Ganza
- gorset ortopedyczny

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

☐ TAK

☐ NIE

PRZEDMIOTY MOGĄCE ZAKŁÓCIĆ PRZEBIEG BADANIA MR.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • zaciski naczyniowe, zaciski hemostatyczne, jakiekolwiek klamry lub zaciski chirurgiczne | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • protezy oka lub oczodołu, sztuczna soczewka utrzymywana szwem metalowym | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • szwy nicią metalową, siatka metalowa | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • jakiekolwiek wszczepy utrzymywane przez magnes | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • jakiekolwiek inne wszczepy (rodzaj:) | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • sztuczna zastawka serca | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • jakikolwiek typ wszczepu wewnątrz ucha | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • proteza członka | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • tatuaż, makijaż permanentny | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • wkładka dopochwowa (kapturek), wkładka wewnątrzmaciczna | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • shunt nerkowy | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • zastawka w komorze mózgowej | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • sztuczna kończyna lub staw | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • jakikolwiek wszczep ortopedyczny, np. igła, pręt śruba, gwóźdź, zacisk, płytki, drut, itp. | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • sztuczna szczęka, mostek, jakakolwiek proteza ruchoma | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • aparat ortodontyczny | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • metalowe ozdoby ciała (kolczyki, implanty itp.) | ☐ TAK | ☐ NIE |

INFORMACJA DLA PACJENTA

Oświadczam, że:

- Zostałem/łam poinformowany/a o celu, przebiegu i charakterze badania rezonansu magnetycznego;
- Uzyskałem/łam odpowiedzi na wszystkie zadane pytania;
- Poinformowałem/łam personel medyczny o wszystkich chorobach, implantach, przebytych zabiegach oraz możliwych przeciwwskazaniach;
- podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą;
- rozumiem, że zatajenie informacji może stanowić zagrożenie dla mojego życia lub zdrowia;

.....
(data i miejscowość)

.....
(czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego:

- na wykonanie badania
- na podanie środka kontrastowego*

☐ TAK
☐ TAK

☐ NIE
☐ NIE

*Środek kontrastowy „kontrast” – jest paramagnetycznym preparatem do badań z zastosowaniem rezonansu magnetycznego. Dożylnie podanie środka kontrastowego umożliwia lepsze uwidocznienie tkanek i narządów, a także zmian patologicznych. Jest dobrze tolerowany i rzadko wywołuje objawy uboczne – jeżeli takie wystąpią są zazwyczaj łagodne – wysypka, uczucie ciepła lub zimna w miejscu wstrzyknięcia, ogólne uczucie ciepła. Cięższe objawy uboczne takie jak nudności, bóle głowy, zasłabnięcia zdarzają się bardzo rzadko. Środek kontrastowy wydala się przez nerki prawie całkowicie w ciągu 24 godzin i nie ma wpływu na prowadzenie pojazdów mechanicznych. Pacjenci z niewydolnością nerek są proszeni o okazanie przed badaniem najnowszych wyników poziomu kreatyniny w surowicy krwi.

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem/łam i zrozumiałem/łam powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje.

.....
(data i miejsce wyrażenia zgody)

.....
(czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej)

.....
(czytelny podpis osoby potwierdzającej odbiór zgody)



OŚWIADCZENIE PO PODANIU ŚRODKA KONTRASTOWEGO

(wypełnia personel medyczny)

Po dożylnym podaniu środka kontrastowego:

Obszar badania:

.....

Nazwa preparatu:

.....

Dawka:

.....

Godzina podania:

.....

Podpis pielęgniarki:

.....

Pacjent został poinformowany, że:

- przez około 1 godzinę po podaniu kontrastu nie powinien prowadzić pojazdów ani obsługiwać urządzeń mechanicznych, jeżeli wystąpią zawroty głowy lub pogorszenie samopoczucia;
- zaleca się spożycie zwiększonej ilości płynów (około 2 litry w ciągu 24 godzin), o ile lekarz nie zaleci inaczej.

.....

(data i miejscowość)

.....

(podpis osoby wykonującej badanie)

