Radius Medicine

Radius Medicine
ul.Stefczyka 19
05-091 Ząbki
+48 221 730 541

Zgoda pacjenta na wykonanie Rezonansu Magnetycznego

Informacje o Pacjencie

Imię i nazwisko

Data urodzenia / /

Pesel

Adres e-mail

Numer telefonu

Okolica ciała poddana badaniu	Waga i wzrost	
	KG	CM

Powód badania/objawy/dolegliwości

Informacje o badaniu

Rezonans Magnetyczny - opis badania

Obrazowanie rezonansem magnetycznym nie wymaga użycia szkodliwego promieniowania jonizującego. W badaniu wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Obrazowanie MR wykorzystywane jest do wykrywania zmian chorobowych w tkankach. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne. W przypadku braku przeciwwskazań, co do zasady, nie powoduje skutków ubocznych u badanego.

Opis powikłań mogących wystąpić po wykonaniu rezonansu magnetycznego

Badanie może wywołać potencjalne skutki uboczne (w przypadku nieuwzględnienia przeciwwskazań co do jego wykonania). Takimi przeciwwskazaniami są okoliczności wymienione w ankiecie znajdującej się powyżej; są to m.in.: umieszczone w ciele Pacjenta stenty, stymulatory serca, sztuczne zastawki serca, elektrody, klipsy naczyniowe, implanty z materiałów ferromagnetycznych, protezy ortopedyczne. W przypadku zachowania prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR oraz wykluczenia przeciwwskazań do jego wykonania rezonans magnetyczny jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.

Radius Medicine

Informacje o badaniu

Opis rezonansu magnetycznego z podaniem środka kontrastowego

O wyborze metody badania, z podaniem lub bez podania środka kontrastowego, zawsze decyduje lekarz radiolog. Podejmuje on decyzję na podstawie uwzględnionych w skierowaniu danych klinicznych, a w razie konieczności również wywiadu z Pacjentem i oceny pierwszych sekwencji rezonansu magnetycznego bez kontrastu. W celu podania środka konieczne jest przygotowanie dostępu żylnego z zastosowaniem wenflonu. Środek kontrastowy podawany jest najczęściej dożylnie, rzadziej do kanału kręgowego lub w inną przestrzeń. Środek kontrastowy do rezonansu magnetycznego jest innym preparatem niż środek cieniujący do tomografii komputerowej i nie zawiera w swojej budowie jodu, lecz pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. Jest to także preparat niejonowy, niskoosmolarny, o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla Pacjenta. Podczas podawania środka kontrastowego może wystąpić uszkodzenie naczynia żylnego, związane z założeniem wenflonu lub wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę. W takich sytuacjach personel medyczny ogranicza skutki uszkodzenia naczynia lub wynaczynienia środka kontrastowego oraz przeciwdziała skutkom odległym (pod postacią stanu zapalnego lub martwicy skóry). Środki kontrastowe zastosowane w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki. Nie wchodzą w interakcje z innymi lekami.

Opis powikłań mogących wystąpić po podaniu środka kontrastowego

Częstotliwość występowania powikłań po podaniu preparatów gadolinowych w rezonansie magnetycznym jest mniejsza niż po podaniu środków jodowych w tomografii komputerowej i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy pamiętać, że każdy stosowany środek kontrastowy, jako substancja obca dla organizmu, może spowodować reakcje uboczne.

Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego mogą:

wystąpić w różnym czasie po podaniu (niezwłocznie lub z nawet wielogodzinnym opóźnieniem);
mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania oraz zgonu włącznie);
mieć różny charakter: miejscowy (dot. m.in. odczynów skórnych, pieczenia, swędzenia, wysypki, pęcherzy, zaczerwienień) lub ogólnoustrojowy (dot. m.in. nudności, wymiotów, zaburzeń smaku, zaburzeń widzenia, uczucia zmęczenia, zwiększonej potliwości, uczucia gorąca, parestezji, reakcji skórnych, pokrzywki, świądu, bladości skóry, egzemy, bólu i uczucia zimna lub gorąca w miejscu podania, bólów i skurczy mięśni);
wystąpić w następujących układach: oddechowym (dot. m.in. skurczu i obrzęku krtani oraz spastyczności oskrzeli, duszności), krążenia (dot. m.in. arytmii, zwyżek lub spadków ciśnienia, nagłych zatrzymań krążenia i oddychania, zgonu), nerwowym (dot. m.in. drgawek, zaburzeń świadomości, bólu głowy), nerek (o nazwie „nerkowe włóknienie układowe”, charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony i mięśni).

Powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę:

uszkodzenie naczynia krwionośnego;
zator lub zakrzep w naczyniu żylnym;
rozwarstwienie naczynia żylnego i śródścienne podanie środka kontrastowego;
lokalne zmiany zapalne w miejscu wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę;
zespół ciasnoty spowodowany wynaczynieniem dużej ilości środka kontrastowego lub wkłuciem;
pęcherze, owrzodzenie, nekroza skóry (możliwe do zaobserwowania ok. 6 h po wynaczynieniu).

Stosowanie obecnie w pracowniach rezonansu magnetycznego preparatów niskoosmolarnych ograniczają zarówno częstość, jak i nasilenie występowania reakcji ubocznych, jednak nie eliminuje ich całkowicie. Wywiad alergiczny oraz wcześniejsze reakcje uboczne na środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym zwiększają prawdopodobieństwo występowania działań niepożądanych. Jeśli u Pacjenta występują przeciwwskazania, nadzorujący badanie radiolog może nie wyrazić zgody na podanie kontrastu.

O OBJAWACH JAKIEGOKOLWIEK POWIKŁANIA NALEŻY NIEZWŁOCZNIE POWIADOMIĆ PERSONEL MEDYCZNY

Radius Medicine

Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza.Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.
Zakreśl znakiem X prawidłową podpowiedź.

KWESTIONARIUSZ PRZED WYKONANIEM BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersiąi lub podejrzewa Pani, że może być w ciąży? (zaznaczają kobiety)		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?		
Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek wykonywane badanie z użyciem gadonilowego środka kontrastowego?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły w Pana/ Pani wstrząs anafilaktyczny, reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy lub inne substancje? Jeśli tak, proszę podać jakie:		
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i wykonywane jakiekolwiek operacje? Jeśli tak, proszę podać jakie:		
Czy po poprzednich badaniach z kontrastem pojawiły się reakcje niepożądane? (np. wysypka, świąd skóry, kaszel, duszność, wymioty, zaburzenia rytmu serca, drgawki). Jeśli tak, proszę podać jakie:		

PROSZĘ WYMIENIĆ WSZYSTKIE LEKI PRZYJMOWANE NA STAŁE:

Proszę potwierdzić lub wykluczyć występowanie poniższych chorób:	TAK	NIE
Choroby nerek (niewydolność)		
Cukrzyca		
Astma oskrzelowa		
Choroby kardiologiczne		
Inne przewlekłe choroby:		

Radius Medicine

Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza.Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.
Zakreśl znakiem X prawidłową podpowiedź.

KWESTIONARIUSZ PRZED WYKONANIEM BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Czy posiada Pan/Pani w swoim ciele następujące wszczepione elementy:

	TAK	NIE
• stymulator serca, neurostymulator, implant ślimakowy, sztuczne zastawki serca, metalowe protezy stawów: barkowego, łokciowego, ręki, nadgarstka, biodrowego, kolanowego, skokowego, gałki ocznej, nogi		
• stentgrafty w naczyniach tętniczych, stenty wieńcowe w sercu, spirale embolizacyjne tętniaków, wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe, klipsy naczyniowe, metalowe szwy chirurgiczne, drutowany mostek, metalowe opiłki/odłamki w ciele lub skórze		
• tabilizacje lub implanty w kręgosłupie, zespolenia po operacjach ortopedycznych: płytki, śruby , gwoździe śródszpikowe, druty, kotwice tytanowe w barku		
• mostki zębowe, implanty zębowe, stały aparat ortodontyczny, stały drucik retencyjny, protezy zębowe		
• pompę insulinową, zdalny czujnik do pomiaru stężenia glukozy we krwi, tatuaż, kolczyki lub inne elementy dekoracyjne w ciele, skórze, wkładkę wewnątrzmaciczną (spiralę), inne:		

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że przeczytałem(-łam) i zrozumiałem(-łam) powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały udzielone mi wszelkie informacje dotyczące rezonansu magnetycznego i podania środka kontrastowego oraz zasad bezpieczeństwa podczas przeprowadzania badania.
Jestem świadomy(-ma) możliwości wystąpienia powikłań związanych z rezonansem magnetycznym i podaniem środka kontrastowego, a także ograniczonej wartości diagnostycznej badania w razie niewyrażenia przeze mnie zgody na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego.

Oświadczam, iż miałem(-łam) możliwość, by w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania, a związane z nimi przekazane mi przez personel medyczny dodatkowe objaśnienia zrozumiałem(-łam) i nie mam uwag.

Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i że są one zgodne ze stanem faktycznym.
Oświadczam, że nie zataiłem(-łam) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach i że wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi oraz oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

	TAK	NIE
Oświadczam, że w ciągu 4 godzin nie przyjmowałem(-łam) pokarmów.		

Świadomie wyrażam zgodę na:

Przeprowadzanie Rezonansu Magnetycznego		
Podanie środka kontrastowego w celu wykonania rezonansu magnetycznego		

---
data i podpis pracownika medycznego przyjmującego dokument

---
data i podpis Pacjenta

Radius
Medicine

WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY

WYNIKI BADAŃ WYKONANYCH W CENTRUM DIAGNOSTYCZNYM

Data wykonania badań ……

Kreatynina……mg/dl

eGFR……ml/min

Inne:

(data oraz podpis i pieczątka pielęgniarki)

ZLECENIE PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO I LEKÓW

Nazwa/stężenie środka kontrastowego…….. Dawka…….. (ml)

Przepływ …….. ml/sek

Droga podania:

o Podanie standardowe i.v.

o Inne leki (nazwa, dawka i droga podania):

(data, podpis i pieczątka lekarza zlecającego) (data oraz podpis i pieczątka pielęgniarki)