Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy	**ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)**
ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ	
F-ZGP-ZDO-nr 1	Zał. nr 2 do SOP-PJ-3 Zał. nr 1 do ZW nr 188/2024

I. Poniższe wypełnia personel medyczny:

KREATYNINA ..... eGFR.....data wykonania……

Numer badania …….. Rodzaj podanego kontrastu:……. ilość:……ml

II. Poniższe wypełnia pacjent:

Imię i nazwisko **PACJENTA:** ……

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Waga:…….kg

Wzrost:…….....cm

Nr telefonu:……

Jeśli dotyczy - PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY:

Imię i nazwisko **PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** : .....

Numer PESEL /data urodzenia **PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:**……

III. Dla zapewnienia Pani/Pana bezpieczeństwa prosimy o uważne wypełnienie ankiety, wpisując/zaznaczając dane w odpowiednie pola:

Metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu mogą zakłócać interpretację wyników badania, a w niektórych przypadkach stanowić przeciwwskazanie medyczne do jego wykonania. Bezwzględnym przeciwwskazaniem do przeprowadzenia badania MR jest obecność **rozrusznika serca**. Jeśli pacjent ma w organizmie jakiekolwiek elementy metalowe lub wykonane z nieznanych materiałów, należy niezwłocznie poinformować o tym personel pracowni MR. Badania MR nie są zalecane w pierwszym trymestrze ciąży. W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o staranne wypełnienie ankiety oraz zaznaczenie wszystkich sytuacji, które dotyczą Państwa z poniższej listy. Pole magnetyczne rezonansu magnetycznego jest ZAWSZE włączone !

ODPOWIEDŹ W RUBRYCE ZAZNACZYC KÓŁKIEM!

Informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym		
Czy było wykonywane wcześniej badanie rezonansem magnetycznym ?	tak	nie
Czy podczas wcześniejszego badania rezonansem magnetycznym wystąpiły jakiekolwiek problemy? Jeżeli tak to jakie? ……	tak	nie
Informacje dotyczące ciąży, karmienia piersią i stosowania spirali – **do wypełnienia przez kobietę**		
Czy obecnie jest Pani w ciąży ?	tak	nie
Czy karmi Pani piersią ?	tak	nie
Czy używa Pani metalową wkładkę wewnątrzmaciczną (spiralę)?	tak	nie
Kluczowe informacje medyczne przed badaniem rezonansem magnetycznym		
Elektrody serca / stymulator/ **ROZRUSZNIK SERCA**	tak	nie
Sztuczna zastawka	tak	nie
Implant słuchowy/ plastyka kosteczek słuchowych	tak	nie
Neurostymulatory lub inne rodzaje implantów stymulujących	tak	nie
Wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)	tak	nie
Wszczepione elementy wewnątrznaczyniowe, metalowe klipsy naczyniowe (np. spirale embolizujące, filtry naczyniowe)/ **STENTY** (ZGŁOŚCIĆ PERSONELOWI JEŚLI ŚWIEŻSZE NIŻ 12 TYGODNI)	tak	nie
Metalowe elementy stomatologiczne	tak	nie

Sztuczne zęby (należy wyjąć przed badaniem)	tak	nie
Metalowe stabilizatory ortopedyczne oraz protezy	tak	nie
Zastawki rdzeniowe lub komorowe	tak	nie
Metalowe szwy chirurgiczne	tak	nie
Obecność metalowych fragmentów/ OPIŁKÓW (np. w gałce ocznej)	tak	nie
Inne wszczepione elementy metalowe. Prosimy o podanie szczegółowych informacji……	tak	nie
Czy był/a Pan/Pani poddany/a zabiegom operacyjnym? Prosimy o podanie szczegółowych informacji……	tak	nie
Klaustrofobia	tak	nie
Zdiagnozowane schorzenia		
Czy zdiagnozowano u Pani/Pana niewydolność nerek, niewydolność wątroby, choroby tarczycy, cukrzycę, schorzenia kardiologiczne, zaburzenia krzepnięcia, alergię, inne schorzenia przewlekłe? Jeżeli tak prosimy o podanie szczegółowych informacji……	tak	nie
Choroby układu oddechowego (np. POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc), astmę)	tak	nie
Choroby układu nerwowego (np. padaczkę, udar)	tak	nie
Kluczowe informacje medyczne przed wykonaniem badania MR z kontrastem		
Czy u Pana/Pani wykonano badanie z dożylnym podaniem kontrastu? (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, urografia)	tak	nie
Czy po podaniu środka kontrastowego gadolinowego (MR) lub jodowego (TK) wystąpiły powikłania ?	tak	nie

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. **Oświadczam**, iż zapoznałem/łam z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem/łam informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, który poinformował mnie o rozpoznaniu, rodzaju proponowanego badania **Rezonansem Magnetycznym (MR),** o sposobie jego przeprowadzenia, o następstwach i powikłaniach mogących wystąpić podczas i po badaniu, przeciwwskazaniach do wykonania badania **Rezonansem Magnetycznym (MR),** alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia, rokowaniu.
2. **Oświadczam**, iż podczas rozmowy z lekarzem miałam/łem możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałam/łem. na nie przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.
3. **Oświadczam**, że podczas wywiadu lekarskiego i badania przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, a także nałogach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach oraz o zabiegach i operacjach, którym zostałem/łam poddany/a w przeszłości oraz schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

Zgoda na wykonanie badania rezonansem magnetycznym		
Czy wyraża Pani/Pan świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym oraz jego ewentualną zmianę lub rozszerzenie, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia badania w razie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia ?	tak	nie

W przypadku braku zgody: oświadczam, że zostałam/łem o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

Zgoda na wykonanie badania rezonansem magnetycznym z dożylnym podaniem środka kontrastowego- JEŚLI DOTYCZY		
Czy wyraża Pani/Pan świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym z dożylnym podaniem środka kontrastowego?	tak	nie

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/y o możliwych powikłaniach oraz o ograniczonej wartości diagnostycznej badania rezonansem magnetycznym w przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego. Miałem/miałam możliwość wyjaśnienia wszelkich wątpliwości, pouczenie personelu medycznego zostało przeze mnie zrozumiane, nie mam żadnych uwag.

☐ **Potwierdzam i zapewniam,** że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, do powzięcia decyzji jak i wyrażenia woli.

Data oraz Podpis PACJENTA także małoletniego*, który ukończył 16 lat	**Data oraz Podpis PRZEDSTAWICIELA/LI USTAWOWEGO/YCH** (w sytuacji, gdy pacjent jest małoletnii*/ubezwłasnowolniony/niezdolny do świadomego wyrażenia zgody