


<b>Formularz świadomej zgody na przeprowadzenie BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO</b>		PP 6, DO 3
	<b>WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI</b>	
	Z - 45	
	Wydanie: 03	
Ważne od: 10.07.2020		

Imię	Nazwisko	Płeć	
PESEL	Data urodzenia	Wiek	Nr.Ks.Gł

.....VII-.....  
Nazwa komórki organizacyjnej

Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie **badania rezonansu magnetycznego (MR) i podanie środka kontrastowego.**

### Informacja o badaniu

Badanie rezonansu magnetycznego polega na umieszczeniu pacjenta w kolistym elektromagniesie o stałym polu magnetycznym, które powoduje uporządkowanie osi obrotów atomów wewnątrz każdej komórki pacjenta. Następnie włącza się zmienne pole elektromagnetyczne o częstotliwości fal radiowych, które wzbudza rezonans protonów. Po jego wyłączeniu protony powracają do położenia wyjściowego, czemu towarzyszy emitowanie energii. Sygnały te są odbierane przez system detektorów i różnią się w zależności od składu tkanek. System komputerowy przetwarza uzyskane dane w kompleksowe obrazy przekrojów ciała. Dla pacjenta działanie pola magnetycznego nie jest bolesne ani szkodliwe, gdyż metoda ta nie wykorzystuje promieniowania rentgenowskiego, lecz nieszkodliwe dla organizmu pole magnetyczne i fale radiowe.


### Opis wykonania badania

Pacjent jest umieszczany na wysuwanym stole w centrum skanera rezonansu magnetycznego. Powinien ułożyć się bardzo wygodnie, ponieważ w trakcie badania należy leżeć nieruchomo. Poruszenie się pacjenta powoduje zniekształcenie obrazu i często konieczność powtórzenia danej sekwencji badania. Jeśli z powodu stanu zdrowia, pacjent nie jest w stanie spokojnie leżeć, po decyzji lekarza podawane mu są leki uspokajające lub nawet może zostać zastosowane znieczulenie ogólne. Znajdujący się wewnątrz magnesu pacjent cały czas ma kontakt z personelem (przez mikrofon i kamerę telewizyjną). W razie pogorszenia się samopoczucia w trakcie badania pacjent ma w zasięgu ręki przycisk alarmowy. Dla podniesienia komfortu wewnątrz tunelu zainstalowane jest dodatkowe oświetlenie oraz wentylacja. Badanie trwa od 30 do 90 minut (czasem dłużej). W tym czasie pacjent odczuwa ruchy stołu, przesuwanego się automatycznie do pozycji wymaganej przy kolejnych sekwencjach badania oraz słyszy głośne dźwięki. W wymagających tego przypadkach podawany jest środek kontrastowy dla uzyskania większej ilości danych mających wpływ na diagnozę.

### Przeciwwskazania do wykonania badania

Przeciwwskazaniem do wykonania badania jest brak zgody pacjenta na wykonanie badania, stan zdrowia pacjenta lub posiadanie przedmiotów wymienionych w poniższej tabeli.

<b>Czy posiada Pani/Pan następujące przedmioty?</b> właściwą odpowiedź należy zaznaczyć znakiem <b>X</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Rozrusznik serca (stymulator, ICD, elektrody)		
Implantowaną sztuczną zastawkę serca		
Klips naczyniowy, stapler, klips chirurgiczny		
Filtry, spirale wewnątrz naczyniowe		
Stenty w naczyniach wieńcowych		
Implant ślimakowy lub uszny		
Protezę gałki ocznej		
Port naczyniowy, zastawkę neurochirurgiczną		
Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
Protezę zębową, mostek, metalowe zęby		
Implant ortopedyczny(endoprotezę, śruby, gwoździe, płytki)		
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię (lęk przed małym, ciasnym pomieszczeniem)?		

<b>Formularz świadomej zgody na przeprowadzenie BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO</b>		PP 6, DO 3
	<b>WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI</b>	
	Z - 45	
	Wydanie: 03	
		Ważne od: 10.07.2020

Imię ..... Nazwisko .....

### **Informacja o środkach kontrastowych stosowanych w badaniach rezonansu magnetycznego i ryzyku związanym z ich podaniem**

Środki kontrastowe w badaniu rezonansu magnetycznego stosowane są często i znacząco zwiększają wartość diagnostyczną badania.

**Mechanizm działania środków kontrastowych** podawanych pacjentowi stosowanych w rezonansie magnetycznym polega na ich kumulacji w badanej tkance w celu wzmocnienia odbieranego sygnału lub osłabienia go. Umożliwia to uzyskanie obrazu o lepszym kontraście między tkankami oraz bardziej szczegółowe uwidocznienie patologii.

Najczęściej stosowane są środki na bazie gadolinu. Cechują się dobrymi właściwościami fizykochemicznymi: są dobrze rozpuszczalne w wodzie, wchłaniają się łatwo z układu krążenia i przewodu pokarmowego do przestrzeni międzykomórkowych, są szybko wydalane przez nerki.

**Środki kontrastowe stosowane w MR** – jak każda substancja obca wprowadzana do organizmu mogą powodować występowanie reakcji ubocznych, niemniej jednak z reguły są dobrze tolerowane przez pacjentów. Działania niepożądane, związane ze stosowaniem tychże środków są zwykle łagodne i krótkotrwałe (w rzadkich przypadkach mogą wystąpić późne reakcje uczuleniowe). Zwiększone prawdopodobieństwo występowania reakcji ubocznych po podaniu kontrastu występuje u pacjentów ze skłonnościami alergicznymi oraz u pacjentów ze schorzeniami nerek. Środki kontrastowe paramagnetyczne nie wchodzi w interakcje z innymi lekami i w większości są wydalane przez nerki w postaci niezmienionej. Substancje te mogą być również stosowane u osób z reakcją alergiczną na jod. Warto dodać, że w badaniach MR stosuje się również środki kontrastowe specyficzne dla różnych narządów (np. wątroby).

### **Informacja o ryzyku powikłań występujących po podaniu środków kontrastowych**

Najczęściej występującym działaniem niepożądanym po podaniu środków kontrastowych jest:


- możliwość mechanicznego uszkodzenia naczynia krwionośnego w trakcie podawania kontrastu automatycznym wstrzykiwaczem. Podanie kontrastu poza światło naczynia krwionośnego powoduje obrzęk okolicy wkłucia i powstanie krwiaka. Ryzyko takich powikłań wzrasta w przypadku patologii naczyń żylnych,
- reakcja uczuleniowa, zazwyczaj pojawiająca się od razu lub w ciągu pierwszych 20 minut od podania środka kontrastowego (rzadko po 24-48 godzinach).

Klasyfikacja powikłań po donaczyniowym podaniu jodowych środków kontrastowych wygląda następująco:

- lekkie - niewymagające leczenia: uczucie gorąca, nudności, kichanie, pocenie się,
- umiarkowane - wymagające prostych interwencji terapeutycznych: wymioty, pokrzywka, omdlenie, bóle głowy,
- ciężkie – zagrażające życiu, wymagające podjęcia natychmiastowych działań ratunkowych: drgawki, obrzęk płuc, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia, wstrząs.

**Personel pracowni rezonansu magnetycznego jest wyszkolony i wyposażony w niezbędne zestawy leków i sprzęt medyczny potrzebny do udzielenia pomocy medycznej w przypadku wystąpienia wszystkich możliwych powikłań.**

1. Bezwzględny przeciwwskazaniem do podania środka kontrastowego jest:
  - brak pisemnej zgody pacjenta,
  - ciężka niewydolność nerek.
2. Względny przeciwwskazaniem do podania środka kontrastowego są:
  - skłonności alergiczne oraz udokumentowana wcześniejsza reakcja na podanie gadolinowego środka kontrastowego,
  - podwyższony poziom kreatyniny lub mocznika,
  - niewydolność nerek,
  - ciąża,
 przy współistnieniu których podanie środka kontrastowego, jest zastosowane ze szczególną ostrożnością i rozważeniem korzyści płynących z jego zastosowania.

<b>Formularz świadomej zgody na przeprowadzenie BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO</b>		PP 6, DO 3
	<b>WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI</b>	
	Z - 45	
	Wydanie: 03	
		Ważne od: 10.07.2020

**Szanowni Państwo,**

powodem, dla którego wymagana jest pisemna zgoda pacjenta na dożylną podanie środka kontrastowego jest **ryzyko wystąpienia opisanych powyżej powikłań.**

- Lekarz kierujący powinien być poinformowany przez Panią/Pana o wszelkich informacjach dotyczących ryzyka wystąpienia możliwych powikłań (np. reakcje alergiczne przy wcześniej wykonywanych badaniach).
- Pacjentom, którzy nie wyrażą zgody na dożylną podanie środka kontrastowego lub istnieją przeciwwskazania do jego podania, kontrast nie zostanie podany. Badanie można wykonać bez zastosowania środka kontrastowego, jednak jego brak znacząco obniża wartość diagnostyczną badania.


### ANKIETA DO WYPEŁNIENIA PRZEZ PACJENTA

(właściwą odpowiedź należy zakreślić znakiem X)

	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych, jeśli tak proszę wymienić, na jakie? .....		
Czy cierpi Pani/Pan na: katar sienny, pokrzywkę, nadmierną reakcję po ukąszeniu owadów?		
Czy choruje Pani/Pan na: choroby tarczycy, nerek, wątroby, astmę, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę? (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)		
Czy kiedykolwiek miała Pani/ Pan wykonywane badanie TK/ANGIO/MR/UROGRAFIĘ z użyciem środka kontrastowego?		
Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania TK/ ANGIO/MR/UROGRAFII wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe?		
Dotyczy kobiet: czy pacjentka jest w ciąży?		

Ja niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko pacjenta)

1. Oświadczam, że zostałem(am) w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości poinformowany(a) o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia badania oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, oraz innych możliwych metodach badania.
2. Oświadczam, że przedstawiono mi wyczerpującą informację o badaniu, związanym z nim ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań. Miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących badania i uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące odpowiedzi.
3. Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie przedmiotowego badania oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, jeśli będą ku temu wskazania w trakcie jego przeprowadzania w celu osiągnięcia zaplanowanego celu terapeutycznego.
4. Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.
5. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń przed i po badaniu. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że ich przestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na stan mojego zdrowia.

<b>Formularz świadomej zgody na przeprowadzenie BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO</b>		PP 6, DO 3
	<b>WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI</b>	Z - 45
		Wydanie: 03
		Ważne od: 10.07.2020

6. Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego badania prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....

.....

.....

7. Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem(am) się i rozumiałem(am) informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Rozumiem ryzyko związane z tym badaniem i zgadzam się na jego wykonanie.

**Zrozumiałem/am wszystko, otrzymałem/am odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam świadomą zgodę na proponowane badanie**

Data i czytelny podpis **pacjenta/ki**.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego\*.....

Data, podpis i pieczęć lekarza udzielającego informacji o proponowanym badaniu.....

**Zrozumiałem/am wszystko, otrzymałem/am odpowiedzi na wszystkie pytania i nie wyrażam zgody na proponowane badanie**

Zostałem/am dokładnie poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach odmowy dla mojego zdrowia i życia.

Data i czytelny podpis **pacjenta/ki**.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego\*.....

Data, podpis i pieczęć lekarza udzielającego informacji o proponowanym badaniu.....

**Zrozumiałem/am wszystko, otrzymałem/am odpowiedzi na wszystkie pytania i nie wyrażam zgody na dożylnie podanie środka kontrastowego i przyjmuję odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionego lub ewentualnie niedokończonego rozpoznania będącego wynikiem braku badania Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO.**

Zostałem/am dokładnie poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach odmowy dla mojego zdrowia i życia.

Data i czytelny podpis **pacjenta/ki**.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego\*.....

Data, podpis i pieczęć lekarza udzielającego informacji o proponowanym badaniu.....

*\*) w przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 rok życia, wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/przedstawiciela ustawowego*