



## ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

DATA BADANIA.....

Imię,  
nazwisko:.....PESEL.....

Numer  
telefonu:.....ADRES.....

WAGA.....

### ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne. Prawidłową odpowiedź proszę zakreślić kółkiem. Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto mogą stanowić w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do wykonania badania, prosimy o określenie, jeżeli którakolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana.

PROSZĘ POTWIERDZIĆ LUB WYKLUCZYĆ WYSTĘPOWANIE PONIŻSZYCH CHOROÓB:

Czy występowało/y u Pani/Pana:

- |                             |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|
| • nieregularne bicie serca  | TAK | NIE |
| • nagłe utraty przytomności | TAK | NIE |
| • stany lękowe              | TAK | NIE |

Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży? TAK NIE

Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię? TAK NIE

Czy miał/a Pani/Pan wykonywane wcześniej badanie/a MR? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

Czy były wykonywane wcześniej badania z paramagnetycznym środkiem kontrastowym? TAK NIE

Czy po poprzednich badaniach pojawiły się reakcje alergiczne (np. pokrzywka, wymioty)? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

Czy były kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

Czy w ostatnim półroczu miał/a Pan/Pani przeprowadzane zabiegi, operacje? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

Proszę potwierdzić lub wykluczyć występowanie poniższych chorób:

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| • choroby nerek (np. niewydolność)          | TAK | NIE |
| • nadciśnienie tętnicze                     | TAK | NIE |
| • choroby układu nerwowego (padaczka, inne) | TAK | NIE |
| • cukrzyca                                  |     |     |

Przebyte choroby zakaźne? TAK NIE

Jeśli tak to  
jakie.....

**CZY POSIADA PANI/PAN W SWOIM CIELE:**

• rozrusznik serca	TAK	NIE
• sztuczne zastawki serca	TAK	NIE
• wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe	TAK	NIE
• zastawki komorowe lub rdzeniowe	TAK	NIE
• neurostymulatory	TAK	NIE
• implant słuchowy	TAK	NIE
• metalowe opiłki (szczególnie w gałce ocznej)	TAK	NIE
• metalowe protezy stawów	TAK	NIE
• metalowe mostki zębowe	TAK	NIE
• metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)	TAK	NIE
• metalowe szwy chirurgiczne	TAK	NIE
• inne wszczepione metalowe elementy	TAK	NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

**Uwagi**

1. Bez względu na przeciwwskazania do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta:

- stymulatora serca oraz wszystkich innych stymulatorów
- klipsów naczyniowych nieznanego rodzaju (np. po operacjach tętniaka)
- wewnętrznych protez słuchowych nieznanego typu
- metalicznego ciała obcego w oku

2. Wykonanie badań MR w ciąży (zwłaszcza jej pierwszym trymestrze) należy ograniczyć do wskazań życiowych.

3. Czas badania MR wynosi 15-60 minut i bezwzględnie wymagane jest leżenie bez ruchu w pozycji na plecach lub na brzuchu.

**UWAGA**

Jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem. W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj.....zł, zgodnie z cennikiem. W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub innych wykonanych z nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym personelu pracowni MR. Oświadczam, że nie jestem w ciąży i nie posiadam żadnych elementów metalowych (poza wymienionymi przeze mnie powyżej). Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego.

Wyrażam zgodę na dożylnie podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin.

Jestem poinformowana/y o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym oraz o formie wyników badania.

Oświadczam jednocześnie, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałam zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych.

Czy Pani/Pan wyraża zgodę, aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości?

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL)

.....

.....  
data, miejsce

.....  
czytelnie imię i nazwisko pacjenta

.....  
podpis pacjenta