

# ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

Dane Podmiotu/pieczętka Podmiotu

## I. Informacje o Pacjencie

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Nr tel.: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Numer PESEL: \_\_\_\_\_ adres e-mail: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego: \_\_\_\_\_

## II. Okolica ciała poddana badaniu

badanie bez opisu 390 zł

badanie z opisem do 40 dni roboczych 500zł

## III. W trosce o Pana/Pani bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety poprzez wpisanie w odpowiednim polu „X”

Masa ciała/Wzrost	kg	cm
<b>Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią – wypełnia kobieta</b>		
Czy jest Pani w ciąży?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czy karmi Pani piersią?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Istotne dane medyczne przed wykonaniem MR</b>		
Klaustrofobia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stymulator/elektrody serca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalowe opiłki w ciele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implant słuchowy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sztuczne zastawki serca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczone elementy wewnątrznaczyniowe (np. filtry naczyniowe, spirale embolizujące)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zastawki komorowe lub rdzeniowe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalowe elementy stomatologiczne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inne wszczone elementy metalowe (jakie?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czy miał Pan/miała Pani wykonywane zabiegi operacyjne? (Jeśli tak, proszę je wymienić)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Czy zdiagnozowano u Pana/Pani:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Astmę, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niewydolność nerek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### IV. Informacje o badaniu

##### 1. 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. Alternatywnym sposobem obrazowania jest wykonanie badania USG, jednak charakteryzuje się ono mniejszą czułością diagnostyczną.

##### 2. Opis powikłań mogących wystąpić po wykonaniu rezonansu magnetycznego

Badanie może wywołać potencjalne skutki uboczne (w przypadku niestosowania się do 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.

Ja, niżej podpisany/podpisana, oświadczam, że przeczytałem/przeczytałam i zrozumiałem/zrozumiałam powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały udzielone mi wszelkie informacje dotyczące rezonansu magnetycznego i podania środka kontrastowego. Jestem świadomy/świadoma 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/miałam możliwość, by w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania, a związane z nimi przekazane mi przez personel medyczny dodatkowe objaśnienia zrozumiałem/zrozumiałam i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i że są one zgodne ze stanem faktycznym.

TAK  NIE

##### Świadomie wyrażam zgodę na:

Przeprowadzenie rezonansu magnetycznego

TAK  NIE

Oświadczam, że nie zataiłem/zataiłam 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

\_\_\_\_\_  
Data i podpis pracownika medycznego przyjmującego dokument

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego; w przypadku Pacjenta między 16.–18. r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_  
Data i podpis lekarza nadzorującego badanie

Informacje dotyczące przetwarzania przez Szpital Medical Magnus Pana/Pani danych osobowych znajdują się w placówce medycznej oraz na naszej stronie [www.mmcenter.pl](http://www.mmcenter.pl).