

| | |
|---|-----|
| Czy pacjent dostarczył poprzednie wyniki badań? | |
| TAK | NIE |

Zgoda Pacjenta na badanie Rezonansem Magnetycznym (MR)



I. Informacje o Pacjencie

.....

| | | |
|--|-------|----------------|
| | PESEL | NUMER TELEFONU |
|--|-------|----------------|

.....

Imię, nazwisko i PESEL przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

| | | |
|-------------------------------|----|----|
| ADRES PACJENTA | | |
| WAGA I WZROST PACJENTA | kg | cm |

II. Okolica ciała poddana badaniu rezonansem magnetycznym

III. Powód badania – jakie dolegliwości Pani/Panu towarzyszą?

Np. ból, zawroty głowy, stan po urazie, kontrola, profilaktyka

IV. W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola „X”

Obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego nie wymaga użycia potencjalnie szkodliwego promieniowania rentgenowskiego. W badaniu rezonansu magnetycznego wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Obrazowanie MR wykorzystywane jest do wykrywania zmian chorobowych w tkankach. Badanie jest bezbolesne i wymaga leżenia w bezruchu.

Metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu mogą utrudnić interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do badania. Bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta rozrusznika serca. W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub innych wykonanych z nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym personelu pracowni MR. Nie zaleca się wykonywania badań MR w I trymestrze ciąży. Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Prosimy o zaznaczenie, jeżeli jakakolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana.

| Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią – wypełnia kobieta | tak | nie |
|--|------------|------------|
| Czy jest Pani w ciąży? | | |
| Czy karmi Pani piersią? | | |
| Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR z użyciem środka kontrastowego | tak | nie |
| Czy miała/miał Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem kontrastu? (np. urografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) | | |
| Czy po podaniu środka kontrastowego: jodowego (TK, urografia) lub gadolinowego (MR) wystąpiły powikłania? | | |
| Istotne dane medyczne przed wykonaniem badania MR | tak | nie |
| Czy miał Pan/Pani zabieg lub procedurę medyczną, wypadek, która mogła zakończyć się pozostawieniem przedmiotów metalowych wewnątrz ciała? | | |
| Czy posiada Pani/Pan urządzenie elektroniczne, takie jak: rozrusznik serca, neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory, aparat słuchowy, pompę do podawania leków i tym podobne? | | |
| Czy zdiagnozowano u Pani/Pana niewydolność wątroby, niewydolność nerek, schorzenia kardiologiczne, choroby tarczycy, cukrzycę, astmę, POCHP, stany zapalne, uczulenia, alergie, zaburzenia krzepnięcia? | | |
| Jeśli TAK proszę o opis/podkreślenie: | | |
| Czy ma Pani/Pan klaustrofobię, padaczkę, kłopoty z oddychaniem, kłopoty z poruszaniem się, protezy kości, tatuaże, makijaż permanentny, protezę lub implant stomatologiczny, nie wyjmowane kolczyki i tym podobne? | | |
| Jeśli TAK proszę o opis/podkreślenie: | | |
| Czy miał Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? Proszę wymienić | | |

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym. Jestem świadomy możliwości wystąpienia powikłań związanych z badaniem rezonansem magnetycznym. Oświadczam, iż miałem możliwość w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania, a dodatkowe objaśnienia z nimi związane przekazane mi przez personel medyczny zrozumiałem i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego numeru telefonu do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym. **Świadomie wyrażam zgodę na badanie z wykorzystaniem Rezonansu Magnetycznego.**

.....
(data i czytelny podpis Pacjenta/ opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego)
(w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Zgoda Pacjenta na badanie Rezonansem Magnetycznym z podaniem środka kontrastowego (MR)



I. Informacje o Pacjencie

.....
Imię i nazwisko pacjenta

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

.....
imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

II. Opis badania rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego

O wyborze metody badania rezonansem magnetycznym z podaniem lub bez podania środka kontrastowego zawsze decyduje lekarz radiolog nadzorujący badanie, na podstawie danych klinicznych ze skierowania, wywiadu z pacjentem i oceny pierwszych sekwencji badania rezonansem magnetycznym bez kontrastu. W takiej sytuacji konieczne jest założenie dostępu żylnego z użyciem tzw. wenflonu. Kontrast jest podawany dożylnie. Kontrast do badania rezonansem magnetycznym jest innym preparatem niż kontrast 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. Czasami zdarza się uszkodzenie naczynia żylnego związane z założeniem wenflonu lub wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę. Zawsze w takich sytuacjach personel medyczny ogranicza skutki uszkodzenia naczynia lub wynaczynienia kontrastu oraz przeciwdziała leczniczo skutkom odległym pod postacią stanu zapalnego lub martwicy skóry. Środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki, nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.

III. Opis możliwych powikłań po podaniu środka kontrastowego

Częstość występowania powikłań po preparatach gadolinowych w MR jest mniejsza niż po środkach jodowych w tomografii komputerowej i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy jednak pamiętać, że każdy stosowany kontrast, zarówno jodowy w TK, jak i gadolinowy w MR jako substancja obca dla organizmu może spowodować reakcje uboczne. Reakcje uczuleniowe nie zależą od wielkości dawki podanego preparatu. Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego mogą:

- wystąpić w różnym czasie po podaniu (niezwłocznie lub z opóźnieniem nawet wielu godzin),
- mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania i zgonu włącznie),
- różny charakter: **miejscowy** (m.in. odczyny skórne, pieczenie, swędzenie, wysypka, pęcherze, zaczerwienienie) lub **ogólnoustrojowy** (m.in. nudności, wymioty, zaburzenia smaku, zaburzenia widzenia, uczucie zmęczenia, zwiększona potliwość, uczucie gorąca, parestezje, reakcje skórne, pokrzywka, świąd, bladeść skóry, egzema, ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni),
- powikłania mogą dotyczyć układu: **oddechowego** (m.in. skurcz i obrzęk krtani i spastyczność oskrzeli, duszność), **krążenia** (m.in. arytmia, zwichły lub spadki ciśnienia, nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, zgon), **nerwowego** (m.in. drgawki, zaburzenia świadomości, ból głowy), **nerek** (o nazwie – nerkowe włóknienie układowe, charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony i mięśni). Ryzyko wystąpienia tego powikłania wzrasta proporcjonalnie do stopnia uszkodzenia nerek (niezależnie od przyczyny) i wielkości dawki i częstości podania gadolinu, oraz chorób towarzyszących, takich jak: zaburzenia krzepnięcia i zakrzepica żył głębokich, stan zapalny, niedawno przebyte zabiegi operacyjne (szczególnie naczyniowe), stosowanie dużych dawek erytropoetyny, podwyższone stężenie żelaza w surowicy, niedoczynność tarczycy i wtórna nadczynność przytarczyc, obecność przeciwciał antykardiolipinowych.

Stosowane obecnie w pracowniach MR preparaty niskoosmolarnie ograniczają zarówno częstość jak i nasilenie występowania reakcji ubocznych, jednak nie eliminują ich całkowicie. Wywiad alergiczny, oraz wcześniejsze reakcje uboczne na jodowe środki cieniujące w TK i środki kontrastowe w MR zwiększają prawdopodobieństwo występowania działań niepożądanych. Bardzo ważnym elementem przygotowania do badania jest oznaczenie poziomu kreatyniny oraz wywiad i kwalifikacja do badania. Radiolog nadzorujący badanie może nie wyrazić zgody na podanie kontrastu, jeśli Pacjent ma do tego bezwzględne przeciwwskazania. Nadto Pacjent każdorazowo musi podpisać świadomą zgodę na podanie środka kontrastowego i wykonanie badania Rezonansem Magnetycznym.

Zawsze o objawach jakiegokolwiek powikłania należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny.

| PROSIMY O ZAZNACZENIE WYBRANEJ ODPOWIEDZI | TAK | NIE |
|--|-----|-----|
| Czy wyraża Pani/Pan świadomą zgodę na badanie MR z dożylnym podaniem środka kontrastowego? | | |

Oświadczam, że zostałem pouczony o możliwych wystąpieniach powikłań jak również o ograniczonej wartości diagnostycznej badania MR w razie nie wyrażenia zgody na badanie z podaniem środka cieniującego. Mogłem wyjaśnić swoje wątpliwości, pouczenie personelu medycznego zrozumiałem, nie mam uwag.

.....
(data i czytelny podpis Pacjenta/ opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego)
(w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu /
odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji /
dokumentacji medycznej



.....
Imię i nazwisko pacjenta

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

.....
Imię, nazwisko i PESEL przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

**1. UZYSKIWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH UDZIELONYCH
PACJENTOWI***

Nie upoważniam nikogo Upoważniam:

Pana/Panią

Nr PESEL /data urodzenia

Wyrażam sprzeciw do udzielania moim bliskim informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych po mojej śmierci

1. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

Nie upoważniam nikogo Upoważniam:

Pana/Panią

Nr PESEL /data urodzenia

Wyrażam sprzeciw do dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci.

* Powyższe upoważnienie dotyczy wyłącznie świadczeń udzielonych w Rezonans Ciechanów Krol Spółka Komandytowa.

.....
Data i podpis REJESTRATORKI

.....
(data i czytelny podpis PACJENTA/ opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego)
(w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

OFERUJEMY DODATKOWĄ MOŻLIWOŚĆ WYSYŁKI BADANIA POCZTĄ (za opłatą wskazaną przez pracownika rejestracji) LUB DROGĄ ELEKTRONICZNĄ. W PRZYPADKU ZAINTERESOWANIA TĄ MOŻLIWOŚCIĄ PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO FORMULARZA.

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie: płyta CD opis badania

Zakres dokumentacji: (prosimy o wpisanie daty badania)

Proszę o wysłanie wyników na adres:

.....
 Proszę o wysłanie opisu badania mailowo na adres poczty elektronicznej:

.....
Hasłem do pliku jest numer PESEL pacjenta.

Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej przez pracownika Rezonansu.
Uprzejmie informujemy, że nie ponosimy odpowiedzialności za jakość usług świadczonych przez Poczta Polska.

.....
Data i podpis REJESTRATORKI

.....
(data i czytelny podpis Pacjenta/ opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego)
(w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Oświadczenie pacjenta wykonującego badanie w ramach NFZ



Niniejszym oświadczam, że w dniu wykonywania badania rezonansu magnetycznego MR w FIRMIE Rezonans Ciechanów Krol Spółka Komandytowa w Ciechanowie sp. z o.o. sp.k. nie jestem osobą hospitalizowaną ani nie przebywam na przepustce szpitalnej oraz nie wykonuję w dniu dzisiejszym żadnych badań rezonansu magnetycznego (MR) u innego świadczeniodawcy w ramach ubezpieczenia NFZ.

.....

Imię i nazwisko pacjenta

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

.....
(data i czytelny podpis Pacjenta/ opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego)
(w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Informujemy, że Administratorem Danych Osobowych jest Rezonans Ciechanów Krol Spółka Komandytowa ul. Gabriela Narutowicza 20 06-400 Ciechanów. Państwa dane osobowe przetwarzane są w zakresie określonym przepisami prawa w celu realizacji usług medycznych. Mają Państwo prawo do wglądu, aktualizowania i poprawiania swoich danych. Świadczenie medyczne udzielane jest w Rezonans Ciechanów Krol Spółka Komandytowa ul. Gabriela Narutowicza 20 06-400 Ciechanów, NIP: 5662024166. Nr księgi rejestrowej 000000224086 Pracownia Rezonansu Magnetycznego (VII-001, VIII- 7250)