



Data badania: .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Waga: ..... Wzrost: .....

PESEL

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

Telefon: .....



**Wypełnij poniższy kwestionariusz. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.**  
Zakreśl kółkiem prawidłową odpowiedź.

**CZY WYSTĘPOWAŁO/Y U PANI/PANA:**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Czy były wykonywane wcześniej badania TK lub MR ze środkiem kontrastowym?   | TAK | NIE |
| Czy po poprzednich badaniach z kontrastem pojawiły się reakcje niepożądane?<br>(np. wysypka, świąd skóry, kaszel, duszność, wymioty, zaburzenia rytmu serca, drgawki<br>Jeśli tak, proszę podać jakie ..... | TAK | NIE |
| Czy były kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy lub inne substancje?<br>Jeśli tak, proszę podać jakie .....  | TAK | NIE |
| Czy kiedykolwiek wystąpił wstrząs anafilaktyczny?   | TAK | NIE |
| Czy przyjmuje Pani/Pan przewlekłe leki? (np. b-blokery, niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki przeciwzakrzepowe)  | TAK | NIE |
| Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i wykonywane jakiegokolwiek operacje?<br>Jeśli tak, proszę podać jakie .....  | TAK | NIE |
| Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?   | TAK | NIE |
| Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży? (zaznaczają kobiety)   | TAK | NIE |

**PROSZĘ POTWIERDZIĆ LUB WYKLUCZYĆ WYSTĘPOWANIE PONIŻSZYCH CHOROÓB:**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| ▶ astma oskrzelowa, astma wymagająca przyjmowania leków | TAK | NIE |
| ▶ alergia/atopia wymagające przyjmowania leków          | TAK | NIE |
| ▶ choroby nerek (np. niewydolność, białkomocz)          | TAK | NIE |
| ▶ anemia sierpowatokrwinkowa                            | TAK | NIE |
| Inne przewlekłe choroby?<br>Proszę podać jakie .....    | TAK | NIE |



**Metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku oraz mogą stanowić w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do wykonania badania. Zaznacz, jeżeli którakolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Ciebie.**

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

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

## Uwagi

1. Bezwzględny przeciwwskazaniem 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.

## INFORMACJA 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.

### 3. Opis rezonansu magnetycznego z podaniem środka kontrastowego

O wyborze metody badania, z podaniem lub bez podania środka kontrastowego, zawsze decyduje lekarz radiolog nadzorujący badanie. Podejmuje on decyzję na podstawie uwzględnionych w skierowaniu danych klinicznych, a w razie konieczności również wywiadu z Pacjentem i oceny pierwszych sekwencji rezonansu magnetycznego bez kontrastu. W celu podania środka konieczne jest przygotowanie dostępu żylnego z zastosowaniem wenflonu. Środek kontrastowy podawany jest najczęściej dożylnie, rzadziej do kanału kręgowego lub w inną przestrzeń. Środek kontrastowy do rezonansu magnetycznego jest innym preparatem niż środek cieniujący 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. Podczas podawania środka kontrastowego może wystąpić uszkodzenie naczyń żylnych, związane z założeniem wenflonu lub wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę. W takich sytuacjach personel medyczny ogranicza skutki uszkodzenia naczyń lub wynaczynienia środka kontrastowego oraz przeciwdziała skutkom odległym (pod postacią stanu zapalnego lub martwicy skóry). Środki kontrastowe zastosowane w rezonansie magnetycznym są wydalane głównie przez nerki. Nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.

### 4. Opis powikłań mogących wystąpić po podaniu środka kontrastowego

Częstotliwość występowania powikłań po podaniu preparatów gadolinowych w rezonansie magnetycznym jest mniejsza niż po podaniu środków jodowych w tomografii komputerowej i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe. Należy pamiętać, że każdy stosowany środek kontrastowy, jako substancja obca dla organizmu, może spowodować reakcje uboczne.

#### Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego mogą:

- ▶ wystąpić w różnym czasie po podaniu (niezwłocznie lub z nawet wielogodzinnym opóźnieniem);
- ▶ mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia i oddychania oraz zgonu włącznie);
- ▶ mieć różny charakter: miejscowy (dot. m.in. odczynów skórnych, pieczenia, swędzenia, wysypki, pęcherzy, zaczerwienień) lub ogólnoustrojowy (dot. m.in. nudności, wymiotów, zaburzeń smaku, zaburzeń widzenia, uczucia zmęczenia, zwiększonej potliwości, uczucia gorąca, parestezji, reakcji skórnych, pokrzywki, świądu, bladości skóry, egzem, bólu i uczucia zimna lub gorąca w miejscu podania, bólów i skurczy mięśni);
- ▶ wystąpić w następujących układach: oddechowym (dot. m.in. skurczu i obrzęku krtani oraz spastyczności oskrzeli, duszności), krążenia (dot. m.in. arytmii, zrytmii, zwyczaj lub spadków ciśnienia, nagłych zatrzymań krążenia i oddychania, zgonu), nerwowym (dot. m.in. drgawek, zaburzeń świadomości, bólu głowy), nerek (o nazwie „nerkowe włóknienie układowe”, charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony i mięśni).

#### Powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę:

- ▶ uszkodzenie naczyń krwionośnych;
- ▶ zator lub zakrzep w naczyniu żylnym;
- ▶ rozwarstwienie naczyń żylnych i śródścienną podanie środka kontrastowego;
- ▶ lokalne zmiany zapalne w miejscu wynaczynienia środka kontrastowego poza żyłę;
- ▶ zespół ciasnoty spowodowany wynaczynieniem dużej ilości środka kontrastowego lub wkluciem;
- ▶ pęcherze, owrzodzenie, nekroza skóry (możliwe do zaobserwowania ok. 6 h po wynaczynieniu).

Stosowanie obecnie w pracowniach rezonansu magnetycznego preparatów niskoosmolarnych ograniczają zarówno częstość, jak i nasilenie występowania reakcji ubocznych, jednak nie eliminuje ich całkowicie. Wywiad alergiczny oraz wcześniejsze reakcje uboczne na środki kontrastowe w rezonansie magnetycznym zwiększają prawdopodobieństwo występowania działań niepożądanych. Jeśli u Pacjenta występują przeciwwskazania, nadzorujący badanie radiolog może nie wyrazić zgody na podanie kontrastu.

#### O OBJAWACH JAKIEGOKOLWIEK POWIKŁANIA NALEŻY NIEZWŁOZNIE POWIADOMIĆ PERSONEL MEDYCZNY

Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że przeczytałem(-łam) i zrozumiałem(-łam) powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały udzielone mi wszelkie informacje dotyczące rezonansu magnetycznego i podania środka kontrastowego.

Jestem świadomy(-ma) 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(-łam) możliwość, by w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania, a związane z nimi przekazane mi przez personel medyczny dodatkowe objaśnienia zrozumiałem(-łam) i nie mam uwag.

.....  
data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

.....  
data i podpis pracownika medycznego przyjmującego dokument

 **UWAGA, w przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub innych wykonanych z nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym personelu pracowni MR.**

 **UWAGA, jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.**

Czy Pani/Pan wyraża zgodę, aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości? Jeśli tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL) **TAK NIE**

.....

Oświadczam, że  jestem w ciąży  nie jestem w ciąży

Czy posiadasz jakiegokolwiek inne metalowe elementy poza wymienionymi wcześniej? **TAK NIE**

Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego. **TAK NIE**

Wyrażam zgodę na dożylnie podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin. **TAK NIE**

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.

.....  
data, miejsce

.....  
czytelnie imię i nazwisko

### **DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCYCH BADANIA W RAMACH NFZ**

Czy Pani/Pan w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu? **TAK NIE**

W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj. .... zł, zgodnie z cennikiem Centrum Medycznego.

.....  
podpis pacjenta



*Prosimy o udzielanie szczerych, dokładnych odpowiedzi - niezbędne jest interpretowanie znalezisk radiologicznych wraz z objawami klinicznymi Pacjenta, ponieważ różne jednostki chorobowe oraz stany prawidłowe mogą mieć zbliżony obraz radiologiczny, natomiast objawy kliniczne bywają zupełnie odmienne.*

**Z powodu jakich dolegliwości zgłosił się Pan/Pani na badanie rezonansem magnetycznym w dniu dzisiejszym? Proszę podać:**

okolice ciała: .....

jak długo trwają objawy: .....

rodzaj dolegliwości: .....

**Czy wcześniej była już przeprowadzana diagnostyka tego obszaru?**

Zakreśl kółkiem właściwą odpowiedź

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| ▶ RTG   | TAK | NIE |
| ▶ TOMOGRAFIA  | TAK | NIE |
| ▶ REZONANS MAGNETYCZNY  | TAK | NIE |
| ▶ USG   | TAK | NIE |
| Jeśli tak, to czy posiada Pan/Pani ze sobą badania (płyty CD/DVD) lub opisy tych badań do oceny porównawczej? ..... | TAK | NIE |

**Czy leczy się Pan/Pani przewlekłe?**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Jeśli tak, proszę wymienić na jakie choroby ..... | TAK | NIE |
|---|-----|-----|

**BADANIE STAWU**

|                                     |  |                                     |                                    |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Czy wystąpił uraz?</b>           | TAK                                    | NIE                                 |                                    |
| Jeśli tak, proszę podać kiedy ..... |  |                                     |                                    |
| Mechanizm urazu:                    | <input type="checkbox"/> BEZPOŚREDNI   | <input type="checkbox"/> SKRĘCENIE  | <input type="checkbox"/> TĄPNIĘCIE |
|                                     | <input type="checkbox"/> ROZCIĄgniĘCIE | <input type="checkbox"/> INNE ..... |                                    |

|                                      |                                  |                                    |                                    |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Czy nastąpiło wygięcie stawu?</b> | TAK                              | NIE                                |                                    |                                  |
| Jeśli tak, proszę podać jakie:       | <input type="checkbox"/> DO BOKU | <input type="checkbox"/> DO ŚRODKA | <input type="checkbox"/> DO PRZODU | <input type="checkbox"/> DO TYŁU |

Występujące objawy .....

|                                |   |   |                                       |
|--------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| <b>Czy występuje ból?</b>      | TAK   | NIE   |                                       |
| Jeśli tak, proszę podać kiedy: | <input type="checkbox"/> RANO                   | <input type="checkbox"/> PO WYSIŁKU FIZYCZNYM | <input type="checkbox"/> CAŁY CZAS    |
|                                | <input type="checkbox"/> W NOCY                 | <input type="checkbox"/> PODCZAS RUCHU        | <input type="checkbox"/> SPORADYCZNIE |
| W trakcie jakich ruchów boli?  | <input type="checkbox"/> UNOSZENIE              | <input type="checkbox"/> PRZYWODZENIE         | <input type="checkbox"/> ODWODZENIE   |
|                                | <input type="checkbox"/> SCHODZENIE ZE SCHODÓW  | <input type="checkbox"/> SIĘGANIE DO TYŁU     | <input type="checkbox"/> KLĘCZENIE    |
|                                | <input type="checkbox"/> WCHODZENIE PO SCHODACH | <input type="checkbox"/> INNE .....           |                                       |

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Zabiegi operacyjne w obrębie badanego stawu (np. artroskopia) | TAK | NIE |
| jeśli tak, proszę podać jakie i kiedy .....                   |     |     |

Centrum Medyczne Zdrowie zastrzega sobie wszelkie prawa autorskie dotyczące wyników badań. Ich publikacja wymaga zgody Kierownika Pracowni.

**Informacja o administratorze danych:**

Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne Zdrowie Plus Sp. z o.o., ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce, REGON 260214923, NIP 657-277-61-82. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.