



Centrum Medyczne „ZDROWIE PLUS” A. Reznar spółka komandytowa
ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
NIP: 657-277-61-82, REGON: 260214923, KRS 0001108219
I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 000000022037
zakład leczniczy: CENTRUM MEDYCZNE ZDROWIE
- Filia Przychodnia, ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
02 - Pracownia Rezonansu Magnetycznego, ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce
VII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych 136

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

PESEL lub (w przypadku braku nr PESEL) rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data badania:

Adres zamieszkania:

Waga: Wzrost:

.....

Data urodzenia:

Telefon:

Płeć: ☐ K ☐ M ☐ nie chcę podawać



Wypełnij poniższy kwestionariusz. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

CZY WYSTĘPOWAŁO/Y U PANA/PANI:

Zakreśl kółkiem właściwą odpowiedź

Czy były wykonywane wcześniej badania TK lub MR ze środkiem kontrastowym?	TAK	NIE
Czy po poprzednich badaniach z kontrastem pojawiły się reakcje niepożądane? (np. wysypka, świąd skóry, kaszel, duszność, wymioty, zaburzenia rytmu serca, drgawki) Jeśli tak, proszę podać jakie:	TAK	NIE
Czy były kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy lub inne substancje? Jeśli tak, proszę podać jakie:	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wystąpił wstrząs anafilaktyczny?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani przewlekłe leki? (np. b-blokery, niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki przeciwzakrzepowe)	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek miał/miała Pan/Pani wykonywane jakiekolwiek operacje? Jeśli tak, proszę podać jakie:	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?	TAK	NIE

CZY ZDIAGNOZOWANO U PANA/PANI PONIŻSZE CHOROBY?

► astma oskrzelowa, astma wymagająca przyjmowania leków	TAK	NIE
► alergia/atopia wymagająca przyjmowania leków	TAK	NIE
► choroby nerek (np. niewydolność, białkomocz)	TAK	NIE
► anemia sierpowatokrwinkowa	TAK	NIE
Inne przewlekłe choroby? 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 PAN/PANI W SWOIM CIELE:

► rozrusznik serca	TAK	NIE
► sztuczne zastawki serca	TAK	NIE
► zastawki komorowe lub rdzeniowe	TAK	NIE
► implant słuchowy	TAK	NIE
► wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe	TAK	NIE
► neurostymulatory	TAK	NIE

▶ metalowe opłuki (szczególnie w gałce ocznej)	TAK	NIE
▶ metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)	TAK	NIE
▶ metalowe protezy stawów	TAK	NIE
▶ aparat ortodontyczny stały	TAK	NIE
▶ metalowe mostki zębowe lub implanty	TAK	NIE
▶ metalowe szwy chirurgiczne	TAK	NIE
▶ inne wszczepione metalowe elementy, jeśli tak, to jakie	TAK	NIE
▶ protezy zębowe częściowe	TAK	NIE
▶ 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.

Oświadczam, że (wypełniają kobiety): ☐ jestem w ciąży ☐ nie jestem w ciąży

Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego. TAK NIE

Wyrażam zgodę na dożylną podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin. (dotyczy tylko badania z kontrastem) TAK NIE

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 pacjenta/opiekuna prawnego

DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCYCH BADANIA PRYWATNIE

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

Jestem poinformowany/a o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym oraz o formie udostępnienia wyników badania.

.....
podpis pacjenta

INFORMACJA O BADANIU BEZ KONTRASTU

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.

1. 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 naczynia żylnego, związane z założeniem wenflonu lub wynaczynieniem środka kontrastowego poza żyłę. W takich sytuacjach personel medyczny ogranicza skutki uszkodzenia naczynia 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.

2. 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 nawet z 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, błądności skóry, egzemy, 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, zwyżek 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 naczynia krwionośnego;
- ▶ zator lub zakrzep w naczyniu żylnym;
- ▶ rozwarstwienie naczynia żylnego i śródścienne 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.

W trakcie podawania środka kontrastowego pacjent może odczuwać ciepło /gorąco, metaliczny /słodki smak w ustach. Takie odczucia są dość częste i nie powinny budzić niepokoju. Jeśli wystąpi uczucie duszności, nudności lub szybkiego bicia serca należy natychmiast powiadomić personel pracowni. Po badaniu z podaniem środka kontrastowego pacjent przez około 30 minut pozostaje pod nadzorem personelu wykonującego badanie, po upływie tego czasu wenflon jest usuwany przez pielęgniarkę. Jeśli po podaniu środka kontrastującego pojawi się ból głowy, kołatanie serca lub inne niepokojące objawy pacjent powinien natychmiast powiadomić personel.

O OBJAWACH JAKIEGOKOLWIEK POWIKŁANIA NALEŻY NIEZWŁOCZNIE POWIADOMIĆ PERSONEL MEDYCZNY

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(-am) możliwość, by w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania a odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. Objaśnienia zrozumiałem(-am) i nie mam uwag. Znane mi są możliwe reakcje organizmu po wykonanym badaniu, w tym podaniu środka kontrastowego. Udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji na temat mojego stanu zdrowia. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących badania rezonansem magnetycznym. Zostałem(-am) poinformowany przez personel o konieczności zdjęcia wszelkich metalowych przedmiotów.

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

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



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:

Rodzaj dolegliwości:

Jak długo trwają objawy:

**CZY WCZEŚNIEJ BYŁA JUŻ PRZEPROWADZONA DIAGNOSTYKA
TEGO OBSZARU?** (DOTYCZY OBSZARU BADANEGO DZISIAJ)

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 odpisy tych badań do oceny porównawczej?	TAK	NIE

BADANIE STAWU

Czy wystąpił uraz?	TAK	NIE
Jeśli tak, proszę podać kiedy:		
Mechanizm urazu: ☐ BEZPOŚREDNI ☐ SKRĘCENIE ☐ TĄPIENIE ☐ ROZCIĄGNIĘCIE		
☐ INNE		
Czy nastąpiło wygięcie stawu?	TAK	NIE
Jeśli tak, proszę podać jakie: ☐ DO BOKU ☐ DO ŚRODKA ☐ DO PRZODU ☐ DO TYŁU		
Występujące objawy:		
Czy występuje ból?	TAK	NIE
Jeśli tak, proszę podać kiedy: ☐ RANO ☐ PO WYSIŁKU FIZYCZNYM ☐ CAŁY CZAS		
☐ W NOCY ☐ PODCZAS RUCHU ☐ SPORADYCZNIE		
W trakcie jakich ruchów boli? ☐ UNOSZENIE ☐ PRZYWODZENIE ☐ ODWODZENIE		
☐ SCHODZENIE ZE SCHODÓW ☐ SIĘGANIE DO TYŁU ☐ KLĘCZENIE		
☐ WCHODZENIE PO SCHODACH ☐ 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 A. Reznier Sp. K., 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.

.....
podpis pacjenta/opiekuna prawnego



imię, nazwisko, PESEL:

data:

Kreatynina:

GFR:

DROGA PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO:

Zlecam podanie:

☐ Zlecam podanie domięśniowe: ml

☐ Zlecam podanie dożylnie: ml

Rodzaj środka kontrastującego:

☐ Gadovist 1,0 ml dożylnie

☐ Buscopolysin dożylnie/domięśniowo

.....
pieczętka i podpis lekarza zlecającego

☐ Założenie kaniuli do naczynia

☐ Kontrola drożności kaniuli

☐ Podanie środka kontrastowego

.....
pieczętka i podpis pielęgniarki

Działania niepożądane po badaniu:

.....
.....

Czynności i leczenie podjęte po działaniach niepożądanych:

.....
.....
.....



1. Zgoda na udostępnienie dokumentacji medycznej.
2. Upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

imię, nazwisko, PESEL:

Działając w imieniu własnym, na mocy art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta

☐ NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

☐ UPOWAŻNIAM PONIŻEJ WYMIENIONĄ OSOBĘ DO [ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIO]:

- ☐ dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Centrum Medyczne „ZDROWIE PLUS” A. Rezner spółka komandytowa, ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce, NIP: 657-277-61-82, REGON: 260214923, KRS 0001108219
- ☐ udzielania tej osobie informacji o stanie zdrowia w/w pacjenta,
- ☐ rozpoznaniu,
- ☐ proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,
- ☐ wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- ☐ sprzeciwiam się udostępnieniu dokumentacji medycznej po mojej śmierci wskazanej poniżej osobie bliskiej*

**osoba bliska - małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta*

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Imię i nazwisko:

Kontakt:

DANE OSOBY BLISKIEJ, KTÓREJ SPRZECIWIAM SIĘ UDOSTĘPNIANIU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO MOJEJ ŚMIERCI

Imię i nazwisko:

Kontakt:

.....
data i podpis pacjenta

Załączniki w systemie (uzupełnia rejestracja):

1.
2.
3.
4.