

**ROZSZERZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO Z
IMPLANTOWANYM KARDIOSTYMULATOREM/KARDIOWERTEREM-DEFIBRYLATOREM**

Zostałem poinformowany o dodatkowym, zwiększonym ryzyku (w porównaniu do badania rezonansu magnetycznego bez wszczepionego urządzenia) wystąpienia u mnie powikłań w czasie badania rezonansu magnetycznego związanym z obecnością w moim ciele (zaznaczyć odpowiednie urządzenie):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rozrusznika | <input type="checkbox"/> Rozrusznika resynchronizującego |
| <input type="checkbox"/> Kardiowertera-defibrylatora | <input type="checkbox"/> Monitora rytmu serca |

_____ Producent i model urządzenia	_____ Producent i model elektrod
--	--

Najczęstsze dodatkowe ryzyka związane z badaniem rezonansu magnetycznego z implantowanym urządzeniem:

- Podgrzewanie elektrod które może doprowadzić do uszkodzenia tkanek powodującego utratę zdolności urządzenia do detekcji oraz stymulacji.
- Podgrzewanie urządzenia prowadzące do uszkodzenia tkanek w miejscu jego implantacji.
- Prąd indukowany w elektrodach może powodować ciągłą stymulację, tachykardie, zaburzenia rytmu, zapaść lub wstrząs.
- Uszkodzenie urządzenia (powodujące jego nieprawidłowe działanie, brak możliwości komunikacji z programatorem lub obydwu), która może wiązać się z koniecznością usunięcia implantowanego urządzenia lub wymiany urządzenia na nowe.
- Przemieszczenie się oraz wibracje urządzenia i elektrod.
- Ponieważ na czas badania urządzenie zostanie wyłączone lub przeprogramowane, potencjalnie mogą wystąpić wszystkie negatywne zjawiska wiążące się ze stanem zdrowia którym urządzenie ma zapobiegać.
- Badanie może prowadzić do zmiany parametrów elektrycznych urządzenia.
- Zaburzenia rytmu, w tym zagrażające zdrowiu lub życiu, mogące wymagać dodatkowego leczenia lub prowadzić do utraty zdrowia lub życia.
- Zgon.

Zostałem poinformowany przez lekarza kierującego _____ (Imię i Nazwisko Lekarza), że w moim przypadku spodziewane korzyści z wykonania tego badania mogą być większe niż potencjalne ryzyko związane z jego wykonaniem. Lekarz kierujący poinformował mnie, że w moim przypadku nie istnieją inne metody diagnostyczne (w tym w szczególności inne badania obrazowe), które mogły by dostarczyć porównywalnych informacji o moim stanie zdrowia.

OŚWIADCZENIE BADANEGO

Niniejszym oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) przez _____

o stanie mojego zdrowia oraz o celu zamierzonego badania i sposobie jego przeprowadzenia. Rozumiem, na czym badanie ma polegać i do czego potrzebna jest moja zgoda. Zostałem(am) poinformowany(a), że mogę odmówić zgody na badanie. Rozumiem, że odmowa poddania się badaniu nie oznacza zakończenia leczenia. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z zamieszczoną informacją, otrzymałem(am) wystarczające informacje (ustnie i pisemnie) na temat potencjalnych korzyści i ryzyka badania, następstw jego zastosowania oraz zaniechania. Zostałem(am) poinformowany(a) o ryzyku grożących mi powikłań (dających się przewidzieć i niedających się przewidzieć), a w przypadku ich wystąpienia przyjmuję do wiadomości konieczność dalszego postępowania medycznego w czasie i po badaniu i oświadczam, że nie będę w przyszłości wnosił żadnych roszczeń w przypadku wystąpienia tych skutków u mnie. Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie dodatkowe zabiegi oprócz wymienionych w formularzu zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mojego zdrowia. Miałem(am) możliwość zadawania pytań i otrzymałem(am) odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Wyrażam pełną i świadomą zgodę na proponowane badanie. Oryginał tego formularza zostanie włączony do dokumentacji medycznej.

Zostałem(am) poinformowany(a) o celowości badania i wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego. Wyrażam zgodę na ewentualne dalsze leczenie, które okaże się niezbędne w razie wystąpienia powikłań zagrażających mojemu zdrowiu lub życiu.	
_____ (Imię i nazwisko pacjenta - czytelnie)	_____ (Data urodzenia)
_____ (Data)	_____ (Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)
_____ (Pieczęć i podpis lekarza kierującego)	