



REZONANS MAGNETYCZNY PRÓBA OBCIĄŻENIOWA INFORMACJA DLA OSOBY BADANEJ

Przez okres 24 godzin przed badaniem nie należy przyjmować pokarmów i napojów zawierających ksantyny takich jak: kawa, herbata, czekolada, kakao, cola, napoje energetyczne oraz nie należy palić papierosów. Przed badaniem należy pozostać na czczo 6 godzin.

Badanie jest bezbolesne, ale towarzyszy mu znaczny hałas związany z naturalną pracą urządzenia. Badanie trwa 60-90 minut i wymaga bezwzględnego pozostawania w bezruchu w pozycji leżącej. Badanie polega na uzyskiwaniu obrazów struktur ciała za pomocą fal radiowych w silnym polu magnetycznym.

Badanie wykonuje się u pacjentów z podejrzaną lub znaną chorobą niedokrwienną serca w celu oceny zaburzeń ukrwienia mięśnia sercowego. Podczas badania za pomocą pompy infuzyjnej przez kilka minut podawana jest dożylnie adenozyna, która symuluje obciążenie wysiłkiem. Wskutek podawania leku często występują działania niepożądane, są one jednak zwykle łagodne, krótkotrwałe i dobrze tolerowane. Mogą jednak wystąpić ciężkie reakcje. Mogą pojawić się m.in. następujące działania niepożądane: uczucie gorąca, zaczerwienienie twarzy, uczucie ucisku/bólu/pieczenia/zaciskania/gniecenia w klatce piersiowej lub szyi, duszność, przyspieszony oddech, zwolnienie lub przyspieszenie akcji serca, kołatanie serca, uczucie nieregularnego bicia serca, zaburzenia przewodzenia lub/i rytmu, w tym również groźne dla życia, spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego krwi, skurcz oskrzeli, niewydolność oddechowa, bezdech, asystolia, zgon, bóle i zawroty głowy, wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, utrata przytomności, omdlenie, drgawki, lęk, niewyraźne widzenie, nadmierna potliwość, osłabienie, ból, nudności, wymioty i metaliczny smak w ustach.

Badanie zostaje zakończone planowo po wykonaniu całego protokołu lub przerwane z powodu pojawienia się niepokojących objawów. Badanie może również zostać przerwane w każdej chwili na życzenie pacjenta.

Ze względu na pole magnetyczne przeciwwskazaniem do wykonania badania jest posiadanie przez pacjenta m.in.: kardiowertera-defibrylatora (większość modeli), rozrusznika serca/kardiostymulatora (większość modeli, w tym również stymulatora resynchronizującego), oraz wszystkich innych biostymulatorów, wewnętrznych protez słuchowych, klipsów naczyniowych, metalicznego ciała obcego w oku oraz innych metalicznych elementów wymienionych w kwestionariuszu, który otrzyma Pan/Pani w Pracowni. Kwestionariusz należy uważnie przeczytać i dokładnie wypełnić przed badaniem. Wykonanie badania w pierwszym trymestrze ciąży należy ograniczyć do ważnych wskazań medycznych. Każdą wątpliwość prosimy wyjaśnić z personelem Pracowni. Do pokoju badań nie wolno wносить żadnych przedmiotów zawierających metal (np. kluczy, okularów, spinek, pasków, protez, lasek, biżuterii oraz monet) ani urządzeń wrażliwych na pole magnetyczne (np. aparatów słuchowych, zegarków, telefonów oraz kart magnetycznych). Niezastosowanie się do zakazu może spowodować uszkodzenie przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta lub personel.

Badanie wymaga również podania dożylnego środka kontrastowego. Może to być powodem wystąpienia pewnych działań niepożądanych o różnego stopnia nasileniu – od niewielkich do poważnych, w tym zagrażających życiu. W czasie podawania środka kontrastowego pacjent może odczuwać ciepło/gorąco, metaliczny/słodki smak w ustach. Pozostałe niektóre powikłania mogące wystąpić po podaniu środka kontrastowego: nudności, wymioty, świąd skóry, pocenie się, pokrzywka, kaszel, chrypka, omdlenie, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli, zatrzymanie oddychania, zatrzymanie krążenia, zgon. Ponadto po zastosowaniu środków kontrastowych zgłaszano przypadki nerkopochodnego zwłóknienia układowego (ang. Nephrogenic Systemic Fibrosis) u osób, których nerki nie pracują prawidłowo. Po podaniu środka kontrastowego do żyły może dojść do powikłań takich jak: ból i krwawienie w miejscu wkłucia, powstanie krwiaka, pęknięcie żyły, wycieczenie środka kontrastowego i zapalenie żył.

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.

<hr/>	
(Imię i nazwisko pacjenta - czytelnie)	(Data urodzenia)
<hr/>	<hr/>
(Data)	(Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)
<hr/>	
(Pieczęć i podpis lekarza kierującego)	