

Pieczęć Jednostki Kierującej.....

SKIEROWANIE DO PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO
 Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 - tel. 32 479 34 61

Nazwisko i imię pacjenta..... Data urodzenia.....

Adres:.....

Nr PESEL..... Ubezpieczony w Oddziale NFZ.

Nazwisko i imię lekarza kierującego.....

Jednostka kierująca.....

Adres (*niewymagalny przy czytelnej
pieczętce*).....

Nr identyfikacyjny NFZ..... Data skierowania.....

Rodzaj badania

Nr choroby wg ICD-10

z kontrastem i.v. Tak Nie**1. Co badanie ma wyjaśnić:** _____

2. Rozpoznanie / dane kliniczne: _____

3. Istotne wyniki innych badań (ECHO, TK, SPECT, KORONAROGRAFIA): _____

4. Poziom kreatyniny: _____ / **eGFR:** _____ ml/min/1.73m²**5. Oświadczam, że pacjent posiada następujące znane mi przeciwwskazania do podania i.v środka kontrastowego zawierającego gadolinium:** _____

Pacjent został poinformowany przeze mnie o celowości zamierzonego badania i sposobie jego przeprowadzenia oraz wyraził świadomą zgodę na jego wykonanie._____
(pieczętka i podpis lekarza kierującego)

REZONANS MAGNETYCZNY

INFORMACJA DLA OSOBY BADANEJ

Badanie jest bezbolesne, ale towarzyszy mu znaczny hałas związany z naturalną pracą urządzenia. Badanie trwa 15-90 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.

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 tryestrze 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.

Dla poprawnej diagnozy konieczne jest często podanie 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, wynaczynienie środka kontrastowego i zapalenie żył. W przypadku badań z podaniem środka kontrastowego należy pozostać na czczo 2 godz. przed badaniem.

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. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z zamieszczoną informacją, otrzymałem(am) wystarczające informacje na temat potencjalnych korzyści i ryzyka badania, następstw jego zastosowania oraz zaniechania. Zostałem(am) poinformowany(a) o ryzyku grożących mi powikłań, 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 lekarzowi i wyrażam pełną i świadomą zgodę na proponowane badanie.

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.

Wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego. W przypadku braku zgody przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej / niepełnej TAK NIE
diagnozy spowodowanej niepodaniem środka kontrastowego.

 (Imię i nazwisko pacjenta - czytelnie)

 (Data urodzenia)

 (Data)

 (Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

 (Pieczęć i podpis lekarza kierującego)