



## OŚWIADCZENIE PACJENTA

### DO BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

#### WYRAŻENIE ZGODY NA EWENTUALNE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO DROGĄ DOŻYLNĄ

data badania .....

Nazwisko, imię : ..... PESEL .....

Waga : .....

Badanie wykonywane pierwszy raz TAK / NIE kolejny (ilość badań ....., rodzaj badania i rok jego wykonania .....

Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię ? (lęk przed przebywaniem w małych pomieszczeniach) TAK / NIE

Informujemy, że bezwzględnym przeciwwskazaniem do badania jest posiadanie:

#### **proszę podkreślić właściwe**

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. rozrusznika serca   | TAK / NIE |
| 2. sztucznej mitralnej zastawki serca                          | TAK / NIE |
| 3. opłuki metaliczne w ciele (gałka oczna, inne)               | TAK / NIE |
| 4. neurostymulator, biostymulator                              | TAK / NIE |
| 5. aparaty słuchowe, wszczepy w uchu wewnętrznym lub środkowym | TAK / NIE |

przeciwwskazania względne zależne od rodzaju zastosowanego materiału i okolicy wykonywanego badania

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. metalowe klipsy operacyjne na aorcie   | TAK / NIE |
| 2. zastawka komorowa lub rdzeniowa w układzie nerwowym (rodzaj zastawki)        | TAK / NIE |
| 3. metalowe wszczepy ortopedyczne   | TAK / NIE |
| 4. metalowe mosty zębowe, klipsy chirurgiczne lub ortopedyczne zespolenia kości | TAK / NIE |
| 5. tatuaż, makijaż permanentny  | TAK / NIE |

**Badanie nie jest zalecane u kobiet w ciąży. Oświadczam, że :      jestem      /      nie jestem w ciąży**

Czy :

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. choruje Pan / Pani na nerki, choroby przewlekłe układu moczowego | TAK / NIE |
|---|-----------|

POZIOM KREATYNINY .....GFR.....

- |  |           |
|--|-----------|
| 2. Pan/ Pani choruje na alergię lub ma uczulenie na leki lub środek kontrastowy podawany podczas badań radiologicznych | TAK / NIE |
|--|-----------|

jeśli TAK proszę opisać .....

- |  |           |
|--|-----------|
| 3. czy Pan / Pani choruje na chorobę nowotworową | TAK / NIE |
|--|-----------|

jeśli TAK proszę opisać .....

Potwierdzam, że zawarte wyżej odpowiedzi są zgodne z moją wiedzą o stanie mojego zdrowia

Wyrażam świadomą zgodę na ewentualne podanie kontrastu (decyzje o konieczności podania kontrastu podejmuje lekarz w trakcie badania). Zostałem w sposób dla mnie zrozumiały poinformowany/a o ewentualnym ryzyku wystąpienia powikłań po podaniu środka kontrastowego. Wyrażam świadomą zgodę na ewentualne podanie środka kontrastowego drogą dożylną .

Podpis osoby badanej pełnoletniej

.....

Zgodę podpisałam/em w obecności personelu pracowni rezonansu magnetycznego

## **PRZYGOTOWANIE DO BADANIA**

W dniu badania proszę zgłosić się na badanie **rezonansu magnetycznego** z następującymi dokumentami:

1. oświadczenie Pacjenta do badania metodą rezonansu magnetycznego
2. dowód osobisty,
3. **obowiązkowo** zabrać wszystkie wcześniejsze wyniki (przede wszystkim zdjęcia RTG + opisy, ksero kart informacyjnych pobytów szpitalnych). ***W przypadku braku zdjęć RTG struktur kostnych należy je wykonać przed badaniem!!!***
4. w przypadku badania **z podaniem kontrastu**, zaleca się wypicie ok. 1 litra wody niegazowanej wieczorem przed badaniem oraz około 2,5 litra wody niegazowanej w ciągu następnych 24 godzin.
5. proszę posiadać aktualny wynik **GFR** lub **poziom KREATYNYNY**

**Do badania na czczo:                    TAK                    NIE**

### **ODBIÓR WYNIKU W REJESTRACJI GŁÓWNEJ:**

- OSOBIŚCIE Z DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI **lub**
- OSOBA PISEMNIIE UPOWAŻNIONA Z WŁASNYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI

### **WAŻNE**

Pacjenci chorujący na **cukrzycę**, przyjmujący mieszanki insulinowe w dniu badania powinni przejść na insulinę krótkodziałającą (Actrapid, NovoRapid). Pacjenci na lekach doustnych przyjmują leki hipoglikemizujące po badaniu. W przypadku pacjentów przyjmujących Metforminę (Metformax, Siofor, Glukophage, Metfogamma, Metforatio, Metformin, Metifor, Gluformin) koniecznie 2 doby przed badaniem muszą odstawić lek.

Pacjenci chorujący na **nadczynność tarczycy** powinni dostarczyć aktualny wynik badania **TSH**.

Pacjenci z **niewydolnością nerek** oraz po nefrektomii (z jedną nerką) powinni koniecznie dostarczyć wynik **GFR** i poziom **kreatyniny**.

### **JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ DO BADANIA**

Ponieważ w rezonansie magnetycznym panuje silne pole magnetyczne, obowiązuje kilka zasad dotyczących badania. **Ważne jest aby wejść do sali, w której znajduje się aparat w ubraniu pozbawionym metalowych elementów np. guzików, bez paska, zegarka, kart płatniczych i telefonów komórkowych.**  
**Nie można wchodzić również mając wszczepiony rozrusznik serca!**

### **JAK WYGLĄDA BADANIE**

Czas trwania badania wynosi 15 do 60 minut.

Aparat do badania składa się zwykle z krótkiego tunelu otwartego z obu stron, do którego pacjent wjeżdża leżąc na ruchomym stole.

Podczas badania wymagane jest leżenie bez ruchu, ponieważ ma to wpływ na jego jakość.

Na badaną część ciała nakłada się specjalną cewkę – rodzaj anteny, dzięki której komputer tworzy obrazy. Często istnieje potrzeba zastosowania środka kontrastowego – substancji podawanej dożylnie w celu lepszego uwidocznienia zmian w narządach.

Środki kontrastowe stosowane są w rezonansie magnetycznym od ponad 20 lat.

### **W DNIU BADANIA PROSZE ZGŁOSIĆ SIĘ BEZPOŚREDNIO DO PRACOWNI!**