



TMS Diagnostyka Sp. z o. o.
Centrum Medyczne
15-732 Białystok, ul. Choroszczańska 31
Tel. + 48 662 066 600, kontakt@tmsdiagnostyka.pl

W gabinecie rezonansu magnetycznego występuje stałe i bardzo silne pole magnetyczne. Przebywanie w jego zasięgu dla niektórych osób może być bardzo niebezpieczne, prosimy zatem o uważne wypełnienie ankiety.

Miejsce na etykietę z danymi

I. ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

NR TELEFONU:	WZROST:	WAGA:	TAK	NIE
Czy miała Pani/miał Pan kiedykolwiek badanie MR?				
Czy miała Pani/miał Pan badanie diagnostyczne z podaniem gadolinowego środka kontrastowego?				
Czy wystąpiły u Pani/Pana reakcje alergiczne/powikłania po podaniu środka kontrastowego lub leków? <i>Jeśli tak, proszę podać, jakie reakcje:</i>				
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?				
Czy rozpoznano u Pani/Pana niewydolność nerek? <i>Jeśli tak, proszę podać objawy lub rozpoznanie:</i>				
Czy choruje Pani/Pan na jedną z wymienionych chorób: cukrzyca, astma oskrzelowa, padaczka, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa? . <i>Jeśli tak proszę podkreślić.</i>				
Czy była Pani/był Pan poddany operacji? <i>Jeśli tak, proszę podać dalsze informacje:</i>				
Czy może Pani/Pan mieć metalowe opiłki w oku?				
Czy używa Pani/Pan soczewek kontaktowych?				
Czy posiada Pani/Pan wymienione poniżej przedmioty: ☐ rozrusznik serca, ☐ sztuczna zastawka serca, ☐ zastawka komorowa lub rdzeniowa, ☐ klipsy naczyniowe stenty, klipsy chirurgiczne, ☐ implant słuchowy, ☐ implantowana pompa lekowa np. insulinową, ☐ neurostymulatory, ☐ metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy ☐ metalowe elementy stomatologiczne, ☐ makijaż trwały, ☐ tatuaż, ☐ biżuteria, ☐ inne elementy metalowe, jakie?				
Czy jest Pani w ciąży?				
Czy karmi Pani piersią?				
Czy ma Pani wszczepioną metalową wkładkę domaciczną /spirala?				
Wypełnia Pielęgniarka : Ostatni pomiar stężenia kreatyniny i GFR w surowicy krwi. Wartość Data..... Ilość podanego środka kontrastowego.....				
Uwagi Lekarz, pielęgniarka, technik:				

Wszelkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Niniejszym oświadczam, że treść ankiety i punktu II. informacja o badaniu jest dla mnie zrozumiała, a zaznaczone w ankiecie odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego poniosę osobiście.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy możliwych reakcji niepożądanych po podaniu środka kontrastowego lub przy założeniu wenflonu i wynacznieniu środka, jak również ograniczonej wartości diagnostycznej badania rezonansu magnetycznego w razie niewyrażenia zgody na badanie z podaniem środka kontrastowego.

Oświadczam, że wszelkiego rodzaju wątpliwości zostały mi w sposób zrozumiały objaśnione przez personel medyczny.

☐ Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego.

☐ Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego z podaniem gadolinowego środka kontrastowego.

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis pielęgniarki

.....
Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

Verte

II. INFORMACJA O BADANIU

Rezonans magnetyczny jest badaniem, podczas którego wykorzystywane jest pole elektromagnetyczne, dlatego nie wywołuje skutków ubocznych u pacjenta. Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania rezonansu magnetycznego jest posiadanie przez pacjenta:

- Stymulatora serca
- Aparatu słuchowego w uchu wewnętrznym lub środkowym
- Metalicznego ciała obcego w oku.

Badanie wymaga przebywania w bezruchu. W przypadku badania jednego obszaru ok. 30-60 minut, w przypadku dwóch obszarów dwukrotnie dłużej, a w przypadku trzech obszarów trzykrotnie dłużej.

Nie zaleca się wykonywania badania MR w ciąży, a szczególnie w jej pierwszym trymestrze.

Rezonans magnetyczny z podaniem środka kontrastowego jest badaniem, podczas którego lekarz radiolog nadzorujący badanie na podstawie skierowania, wywiadu z pacjentem, a także oceny pierwszej sekwencji (bez kontrastu) decyduje o podaniu środka kontrastowego. Podanie środka kontrastowego stosowanego w badaniach MR jest dożylnie.

Gadolinowy środek kontrastowy do badania rezonansem magnetycznym jest innym preparatem niż do tomografii komputerowej i nie zawiera jodu, lecz pierwiastki ziem rzadkich, np. gadolin. Jest to preparat niejonowy, niskoosmolarny o wysokim stopniu bezpieczeństwa dla pacjenta.

W przypadku kobiet karmiących piersią po badaniu MR ze środkiem kontrastowym zalecane jest przerwanie karmienia w okresie 24 godzin po badaniu.

Uwagi

Pacjenci nie powinni przerywać przyjmowania stałych leków. Pacjenci przychodząc na badanie z dożylnym podaniem środka kontrastowego, powinni posiadać ze sobą aktualny wynik badania poziomu kreatyniny. Ważność wyniku badania poziomu kreatyniny ustala się na 3 miesiące.

Szczegóły dotyczące przygotowania do badania i przeciwwskazania znajdują się na stronie internetowej www.tmsdiagnostyka.pl oraz na ulotce w Centrum Medycznym.

Ryzyko reakcji niepożądaney po podaniu radiologicznych środków kontrastowych

Środki kontrastowe mogą wywoływać działania niepożądane, zgodnie z wytycznymi ESUR (European Society of Urogenital Radiology 10.0)

Ogólne reakcje niepożądane

1. OSTRE REAKCJE NIEPOŻĄDANE - reakcja niepożądana, która występuje w ciągu 1 godziny od wstrzyknięcia środka kontrastowego

Klasyfikacja:

- Reakcje ostre to alergopodobne reakcje nadwrażliwości: **Łagodne:** łagodna pokrzywka, łagodny świąd, rumień. **Umiarkowane:** nasilona pokrzywka, łagodny skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy/krtani. **Ciężkie:** wstrząs hipotensyjny, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie akcji serca.
- Reakcje chemotoksyczne: **Łagodne:** nudności/łagodne wymioty, uczucie gorąca/dreszcze, niepokój, zwolnienie czynności serca i spadek ciśnienia tętniczego krwi, która ustępują samoistnie. **Umiarkowane:** zwolnienie czynności serca i spadek ciśnienia tętniczego krwi. **Ciężkie:** zaburzenia rytmu serca, drgawki.

Ryzyko wystąpienia reakcji niepożądanej zwiększa się w następujących sytuacjach: powikłania po dożylnym podaniu środka kontrastowego w przeszłości, alergia, astma, niewydolność układu krążenia i układu oddechowego, odwodnienie, niewydolność nerek, cukrzyca, niewydolność wątroby, wiek powyżej 65 lat, dzieci do lat 10, anemia sierpowata, hipowolemia, zaburzenia wodno – elektrolitowe.

2. OPÓŹNIONE REAKCJE NIEPOŻĄDANE - reakcja niepożądana, która występuje w przedziale czasowym od 1 godziny do 1 tygodnia po wstrzyknięciu środka kontrastowego - reakcje skórne. Ryzyko wystąpienia reakcji niepożądanej zwiększa się w następujących sytuacjach: leczenie interleukiną 2.

3. BARDZO PÓŹNE REAKCJE NIEPOŻĄDANE - reakcja niepożądana, która zazwyczaj występuje później niż 1 tydzień po wstrzyknięciu środka kontrastowego - nerkopochodne zwłóknienie układowe. Ryzyko wystąpienia reakcji niepożądanej zwiększa się w następujących sytuacjach: upośledzona czynność nerek, zwłaszcza eGFR <15 ml/min, Pacjenci poddawani dializie.

Reakcje niepożądane przy założeniu wenflonu i wynacznieniu środka kontrastowego

1. Uszkodzenie naczynia krwionośnego, zator lub zakrzep w naczyniu żylnym, rozwarstwienie naczynia żylnego i śródściennie podanie środka kontrastowego, lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacznienia środka kontrastowego poza żyłę. Większość uszkodzeń ma charakter łagodny.

2. Ciężkie uszkodzenia obejmują owrzodzenia skóry, martwicę tkanek miękkich i zespół ciasnoty przedziałów powięziowych.

Ryzyko wystąpienia reakcji niepożądanej zwiększa się w następujących sytuacjach: brak możliwości komunikowania się z pacjentem, delikatne lub uszkodzone żyły, niewydolność tętnic, zaburzenia drenażu limfatycznego i/lub żylnego, cukrzyca, otyłość.

Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie przedmiotów metalicznych, przedmiotów elektronicznych, kart magnetycznych – należy unikać zakładania ubiorów wyposażonych w haftki, zapinki, suwaki, metalowe guziki. Przedmioty elektroniczne mogą ulec uszkodzeniu, w miarę możliwości prosimy o pozostawienie ww. przedmiotów w domu.

Zawsze o objawach jakiegokolwiek powikłania należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny.

Wyrażam zgodę na przesłanie mojego wyniku badań na wskazany poniżej adres e-mail:

.....
Czytelny podpis pacjenta

Upoważniam do odbioru wyniku badań:

Panią/Pana

PESEL

.....
Czytelny podpis pacjenta