



**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
na badanie metodą Rezonansu Magnetycznego (MR)**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie – Szpital  
Zakłady -06  
Pracownia Rezonansu Magnetycznego  
ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8  
20-090 Lublin  
Tel. 081 7244158 lub 81 7244379 lub 81 7244149  
REGON 00028875100062  
000000018592/06/939/7250

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA/TKI: .....

PESEL..... Data urodzenia .....

Ciężar ciała..... Wzrost .....Płeć: kobieta/mężczyzna

Data badania MR..... Chory: ambulatoryjny/hospitalizowany (*właściwe zakreślić*)

**1. RODZAJ SCHORZENIA ZGODNIE Z ROZPOZNANIEM LUB PODEJRZENIEM:.....**

**2. PROPONOWANE BADANIE (OPIS, PRZEBIEG).** MRI (z ang. magnetic resonance imaging) jest to obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego w którym wykorzystuje się pole magnetyczne, fale radiowe oraz komputer w celu uzyskania szczegółowych obrazów wnętrza organizmu. Jest ono powszechnie stosowane w celu rozpoznawania chorób centralnego układu nerwowego, układu kostno-stawowego, schorzeń jamy brzusznej, miednicy oraz układu naczyniowego. Badanie MR jest całkowicie bezpieczne i bezbolesne. Czas trwania badania jest różny i zależy od badanej okolicy. Zazwyczaj trwa od 15 do 60 min. Podczas badania skaner MR generuje głośny stukot, którego intensywność jest ograniczana przez zastosowanie stoperów lub słuchawek. Podczas badania chory pozostaje w bezruchu w pozycji leżącej. Diagnostyka MR niektórych schorzeń wymaga podania środka kontrastującego, który znacznie podnosi wartość diagnostyczną badania. Jest on podawany podczas badania do żyły na przedramieniu.

**3. CEL BADANIA:** potwierdzenie lub wykluczenie rozpoznania zawartego w skierowaniu.

**4. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM BADANIU:** mogą wynikać z reakcji alergicznych na podany środek kontrastujący. Zdarzają się one bardzo rzadko i zwykle mają łagodny charakter należą do nich: uczucie gorąca, rumień skóry, wysypka, obrzęk tkanek miękkich twarzy i szyi, zmiany ciśnienia krwi oraz częstości i rytmu pracy serca. W rzadkich przypadkach 1 na 10 000 może wystąpić reakcja alergiczna prowadząca do wstrząsu anafilaktycznego. Zgłaszano przypadki nerkopochodnego zwłóknienia układowego (choroba związana ze stwardnieniem skóry, która może obejmować tkanki miękkie i narządy wewnętrzne).

PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO WYWIADU

I ZAZNACZENIE „X„ WŁAŚCIWYCH ODPOWIEDZI

**I.CZY KIEDYKOLWIEK PAN/PANI WYKONYWAŁ/A BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM?**

**TAK**

**NIE**

Nazwisko i imię pacjenta/pacjentki:

**II. CZY WYSTĘPOWAŁY U PANI/PANA KIEDYKOLWIEK:**

**TAK**

**NIE**

CIEŻKIE ZABURZENIA CZYNNOŚCI NEREK		
ZABURZENIA RYTMU SERCA		
REAKCJA ALERGICZNA NA KONTRAST jodowy używany w tomografii komputerowej		
REAKCJA ALERGICZNA NA KONTRAST gadolinowy używany w rezonansie magnetycznym		
KLAUSTROFOBIA		
CZY LECZY SIĘ PAN/PANI Z POWODU PADACZKI?		
PRZEBYTE OPERACJE.....		

**III. CZY POSIADA PAN/PANI:**

**TAK**

**NIE**

STENTY WIENCOWE (jeśli TAK proszę podać od kiedy .....lub przedstawić dokumentację medyczną)		
ROZRUSZNIK SERCA, DEFIBRYLATOR-KARDIOWERTER (jeśli TAK proszę przedstawić dokumentację medyczną/paszport bezpieczeństwa)		
SZTUCZNĄ ZASTAWKĘ SERCA, PROTEZĘ AORTALNĄ (proszę przedstawić dokumentację medyczną)		
KLIPSY, SPIRALE, STENTY PO OPERACJI TĘTNIAKA MOZGU, OBWODOWE (proszę przedstawić dokumentację medyczną)		
ZASTAWKI KOMOROWE LUB RDZENIOWE W UKŁADZIE NERWOWYM		
ELEKTRONICZNE IMPLANTY (np. neurostymulator)		
ELEMENTY STABILIZUJĄCE KOŚCI, STAWY LUB SZTUCZNA KOŃCZYNA		
METALOWE CIAŁA OBCE, OPIŁKI METALU W GAŁCE OCZNEJ, PROTEZA GAŁKI OCZNEJ		
SOCZEWKI KONTAKTOWE		
PORT NACZYNIOWY		
APARAT SŁUCHOWY W UCHU WEWNĘTRZNYM LUB ŚRODKOWYM		
APARATY ORTODONTYCZNE, MOSTKI ZĘBOWE, IMPLANTY, PROTEZY ZĘBOWE		
METALOWE GWOŹDZIE ORTOPEDYCZNE, ENDOPROTEZY STAWÓW		
TATUAŻ LUB PERMANENTNY MAKIJAŻ		
POMPA INSULINOWA, SENSOR MIERZENIA GLUKOZY		
WKŁADKA, SPIRALA ANTYKONCEPCYJNA		

Nazwisko i imię pacjenta/pacjentki:

CZY PODEJRZEWA PANI CIĄŻĘ, JEST PANI W CIĄŻY LUB KARMI PANI PIERSIĄ?		
CZY JEST PAN/PANI POD WPŁYWEM ALKOHOLU LUB ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH?		
POSIADAM WYNIK POZIOMU KREATYNYNY Z DNIA .....		

.....  
(data, pieczętka i podpis osoby weryfikującej)

.....  
(data i podpis pacjenta/pacjentki)

## 5. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/łam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem:

.....  
(imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji- Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii)

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi. Po zapoznaniu się z treścią formularza i rozmową wyjaśniającą z lekarzem oświadczam, że jestem w pełni poinformowany/poinformowana co do:

- treści oraz autentyczności podanych danych
- proponowanej i alternatywnych metodach diagnostycznych,
- przebiegu badania,
- spodziewanych wyników badania,
- ryzyku powikłań w trakcie przebiegu badania i po jego przeprowadzeniu, których jestem w pełni świadomy/a.

**Będąc świadomy/a powyższego:\***

**1) Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie badania:** .....

z kontrastem

bez kontrastu

.....  
(data i podpis pacjenta/pacjentki)

**2) NIE wyrażam zgody na przeprowadzenie u mnie badania:** .....

Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia oraz przebiegu dalszego leczenia.

.....  
(data i podpis pacjenta/pacjentki)

\* właściwe zaznaczyć

## 6. INFORMACJA DODATKOWA:

Podpisanie wywiadu oraz formularza przez pacjenta/pacjentkę jest niemożliwe z powodu

Nazwisko i imię pacjenta/pacjentki:

.....  
.....

Data, pieczęta i podpis lekarza  
kwalifikującego do badania

.....

**7. ZGODA NA PRZEKAZANIE WYNIKU (OPISU BADANIA) DROGĄ ELEKTRONICZNĄ:**

Wyrażam zgodę na udostępnienie moich wyników badań MRI za pomocą środków komunikacji elektronicznej i na wykorzystanie w procedurze komunikacji:

- mój numer telefonu .....  
(numer telefonu pacjenta/tki), na który zostanie przesłany kod weryfikacyjny .....
- mój adres mailowy .....  
(adres mailowy pacjenta/tki), na który zostanie przesłany wynik badania.

.....  
(data i podpis pacjenta/pacjentki)