**Placówka:** **Oddział Radiodiagnostyki**

Proton Therapy Center Czech s.r.o. (PTC)

**PACJENT:**

**Imię i nazwisko:** 

**Data urodzenia:** 

**Adres:** 

**Waga:**  **kg Wzrost:**  **cm**

**Istotne informacje od pacjenta, prosimy o wypełnienie:**

*(zaznacz poprawną odpowiedź, stawiając krzyżyk)*

**Czy wystąpiła u Ciebie kiedykolwiek reakcja alergiczna na:**

**nie nie wiem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * środki kontrastowe: |  |  |  |
| * na leki: |  |  |  |
| * pyłki: |  |  |  |
| * ukąszenie owada: |  |  |  |
| * inne typy alergii, podaj jakie: | | | |

**Leczysz się na / cierpisz na:**

|  |
| --- |
| * chorobę nerek |
| * chorobę tarczycy |
| * astmę oskrzelową |
| * jaskrę lub podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe |
| * cukrzycę |
| * klaustrofobię |
| * inne poważne choroby: |
|  |

**Kobiety - ciąża:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Metale i inne materiały w ciele (jeśli tak, określ jak długo):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * rozrusznik serca: |  |  |
| * metalowe zastawki serca: |  |  |
| * implant ślimakowy (ucho): |  |  |
| * endoproteza stawu, metale po złamaniu: |  |  |
| * metalowe klamry po operacji mózgu, naczyń krwionośnych, inne: |  |  |
| * fragmenty metalu w oku lub w innym miejscu ciała: |  |  |
| * piercing, tatuaż: |  |  |
| * filtr zakrzepowy: |  |  |
| * stenty, wzmocnienie naczyniowe: |  |  |
| * kobiety - implanty piersi: |  |  |
| * mężczyźni - implant prącia: |  |  |
| * urządzenia elektroniczne w ciele: |  |  |
| * jeśli tak, jakie: | | |
| * most dentystyczny, aparaty ortodontyczne, protezy: |  |  |
| * pompa insulinowa: |  |  |

**Jeśli masz rozrusznik serca, wszczepiony defibrylator lub implant ślimakowy, NIE WOLNO CI poddawać się badaniu metodą rezonansu magnetycznego!!! Powiadom o tym personel!!!**

Jednak posiadanie implantów elektronicznych lub metalowych czy innych ciał obcych automatycznie nie dyskwalifikuje nikogo do badania RM. **ZAWSZE NALEŻY TO ZGŁOSIĆ PRZED BADANIEM** obsłudze urządzenia RM, która ma merytoryczne podstawy do podjęcia decyzji, czy dane badanie może zostać wykonane.

Lekarz zlecił badanie za pomocą rezonansu magnetycznego - RM *(do wypełnienia przez asystenta radiologa po badaniu):*

* bez podania środka kontrastowego,
* z podaniem środka kontrastowego doustnie,
* z podaniem środka kontrastowego dożylnie.

Informacje o badaniu RM

|  |  |
| --- | --- |
| Cel: | Badanie RM pozwala na szczegółowe zobrazowanie poszczególnych anatomicznych obszarów ciała człowieka, a tym samym znacząco przyczynia się do trafnej diagnozy lub wyjaśnienia problemu zdrowotnego w badanym obszarze, co może mieć istotny wpływ na dalszy przebieg leczenia. |
| Przebieg: | Samo badanie odbywa się na stole do badań w bardzo silnym polu magnetycznym. Stół do badań z pacjentem umieszczany jest w tzw. „suwnicy”, czyli przestrzeni pomiędzy czujnikami wewnątrz urządzenia. **Badanie trwa około 25 - 90 minut** (w zależności od wymaganego badania). Podczas badania **nie możesz się ruszać**. Zdarza się, że w trakcie badania wymagany jest pewien stopień współpracy pacjenta z personelem wykonującym badanie (np. wstrzymanie oddechu). |
| Badanie: | * Większość badań RM nie wymaga specjalnego przygotowania, zalecamy nie spożywać posiłków tylko na 4 godziny przed badaniem, można wypić niewielką ilość wody niegazowanej (maks. do 150 ml) małymi łykami, * badanie odbywa się w niezwykle silnym polu magnetycznym, dlatego w przebieralni należy umieścić zegarki, klucze, drobne metalowe monety, biżuterię, spinki do włosów, aparaty słuchowe, okulary, protezy, karty kredytowe (karty magnetyczne wszelkiego rodzaju), telefony komórkowe, szyny stabilizacyjne, sprzęt protetyczny (ortezy), itp. |
| Przygotowanie: | **PRZED BADANIEM**  ***Podanie środka kontrastowego doustnie***   * Przed badaniem przewodu pokarmowego (enterografia MR) konieczne jest opróżnienie jelita zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, * przed badaniem jamy brzusznej i miednicy mniejszej zazwyczaj będziesz musiał pić środek kontrastowy małymi łykami (ilość zależy od rodzaju badania ok. 500-1500 ml), * środek kontrastowy pije się małymi łykami, zwykle rozcieńczony wodą, przez   1-3 godzin.  ***Podanie środka kontrastowego dożylnie***   * Za zgodą radiologa środek kontrastowy można podać dożylnie, * w celu ewentualnego zastosowania środka kontrastowego do żyły zostanie wprowadzona silikonowa lub plastikowa rurka, tzw. kaniula, do której zostanie podany środek kontrastowy, * krótko po dożylnym podaniu środka kontrastowego, bardzo rzadko mogą wystąpić nudności lub kołatanie serca, które nie stanowią dla pacjenta zagrożenia.   **PO BADANIU**   * Przez około 30 minut po badaniu z podaniem środka kontrastowego zostanie pozostawione Ci wejście do żyły (kaniula) i będziesz monitorowany/a ze względu na ryzyko wystąpienia reakcji alergicznej (patrz poniżej), * po wyjęciu kaniuli przez pielęgniarkę lub asystenta radiologa będziesz mógł/mogła wyjść do domu, * po wykonanym badaniu z podaniem środka kontrastowego **konieczne jest odpowiednie nawadnianie, tj. wypicie co najmniej 2 litrów płynów**, * po wyjściu do domu możesz normalnie jeść, możesz też przyjmować swoje leki, * nie obowiązują Cię żadne ograniczenia, możesz natychmiast wyjść, prowadzić pojazd mechaniczny, jeśli nie otrzymałeś środków uspokajających lub innych leków wpływających na koncentrację (np. Dithiaden) lub ostrość wzroku (np. Buscopan). |

Przyjmuję do wiadomości, że badanie RM posiada swoje specyficzne zalety i wady:

* ZALETY: zerowa ekspozycja na promieniowanie, uzyskanie pełniejszych i bardziej szczegółowych informacji o badanym obszarze,
* WADY: czasochłonność, większy hałas podczas badania, możliwy dyskomfort psychiczny u pacjentów z lękiem przed zamkniętymi przestrzeniami, zagrożenia/powikłania podane poniżej związane z wykonaniem badania.

Możliwe powikłania po badaniu RM

Poważnym powikłaniem, które może wystąpić w trakcie badania RM, zwłaszcza po dożylnym podaniu środka kontrastowego, jest reakcja alergiczna.Może to przerodzić się w tak zwany wstrząs anafilaktyczny, który stanowi zagrożenie życia. Reakcja alergiczna może wystąpić pomimo tego, że nigdy się z nią nie spotkałeś/aś, nawet jeśli byłeś/aż już badany/a np. jodowym środkiem kontrastowym.

Jednak w przypadku podawania nowoczesnych środków kontrastowych, do poważniejszych powikłań dochodzi niezwykle rzadko. Rozpoznanie i sposób leczenia zależy od stopnia nasilenia reakcji alergicznej, a personel RM jest na to przygotowany.

Zostałem/am pouczony/a, że badanie zlecone przez lekarza może wiązać się z powyższymi powikłaniami, które mogą wystąpić lub nie.

**Jednocześnie oświadczam**, że w przypadku wystąpienia nieoczekiwanych komplikacji wymagających pilnej dalszej interwencji w celu ratowania życia lub zdrowia, wyrażam zgodę na wykonanie wszystkich innych niezbędnych i pilnych zabiegów niezbędnych do ratowania mojego życia lub zdrowia.

**Zostałem/am pouczony/a,** że alternatywą do badania MR jest: konwencjonalne badanie radiodiagnostyczne, USG, tomografia komputerowa - TK. Jednak ich wadą jest zwykle niższa wartość diagnostyczna oraz obecność promieniowania jonizującego.

**Przyjmuję do wiadomości**, że w przypadku problemów technicznych po stronie świadczeniodawcy zostanie mi zaproponowany najbliższy termin badania.

Miałem/am następujące pytania uzupełniające:

Zostałem/am pouczony/a, że ​​mogę cofnąć zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Cofnięcie zgody nie jest skuteczne, jeżeli rozpoczęto wykonywanie procedury medycznej.

Zostałem/am pouczony/a, że przysługuje mi prawo do odstąpienia od udzielania informacji zdrowotnych.

Oświadczam i potwierdzam własnoręcznym podpisem, że przeczytałem/am pouczenie dot. procedury medycznej. Lekarz, który wykonał pouczenie, osobiście wyjaśnił mi wszystko, co jest zawarte w niniejszej pisemnej świadomej zgodzie, ponadto miałem/am wystarczająco dużo czasu na zapoznanie się z jej treścią i miałem/am możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem/am odpowiedź.

**Oświadczam,** że w pełni zrozumiałem/am powyższe pouczenie oraz wyraźnie i dobrowolnie wyrażam zgodę.

|  |
| --- |
|  |

**Własnoręczny podpis pacjenta:**

*(podpis przedstawiciela prawnego)*

|  |
| --- |
|  |

**Praga, dnia:**

|  |
| --- |
|  |

**Imię i nazwisko oraz podpis lekarza, który wykonał pouczenie:**

\*\*\*

Dane identyfikacyjne osoby udzielającej zgody:

|  |
| --- |
|  |

Imię i nazwisko:

|  |
| --- |
|  |

Data urodzenia:

|  |
| --- |
|  |

Relacja z pacjentem:

**Podpis świadków pouczenia i zgody pacjenta, jeśli pacjent nie jest w stanie własnoręcznie się podpisać:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Imię i nazwisko 1. świadka* | *Imię i nazwisko 2. świadka* |
| *podpis* | *podpis* |

Powód, dla którego pacjent nie mógł się podpisać:

|  |
| --- |
|  |

Forma wyrażenia zgody przez pacjenta:

|  |
| --- |
|  |