

# Ankieta dla pacjenta przed REZONANSEM MAGNETYCZNYM

Nazwisko i imię	
Data urodzenia	

Proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza przez postawienie znaku X przy właściwej odpowiedzi		
	Tak	Nie
Czy miała/miał Pani/Pan w przeszłości badanie rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego ?		
Czy występuje u Pani/Pana lęk przed przebywaniem w pomieszczeniu zamkniętym ?		
Czy występuje u Pani/Pana reakcje alergiczne na leki, środki kontrastowe ?		
Czy wykonuje Pani/Pan pracę w kontakcie z opiłkami metali lub możliwa jest ich obecność w częściach miękkich ?		
<b>Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:</b>		
rozrusznik serca ?		
sztuczną metalową zastawkę serca ?		
wewnątrzczaszkowe klipsy metalowe ?		
neurostymulatory ?		
metalowe fragmenty lub opiłki w gałce ocznej, protezę oczną ?		
aparat słuchowy wszczepiony w uchu wewnętrznym lub środkowym ?		
inne metaliczne ciała w głowie, implanty słuchowe ?		
metalowe klipsy operacyjne w tętnicach i żyłach (śruby, płytki, gwoździe i.in.) ?		
zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym ?		
metalowe szwy chirurgiczne ?		
metalowe wszczepy ortopedyczne (śruby, płytki, gwoździe i.in.) ?		
metalowe protezy stawów lub kończyn ?		
metalowe odłamki w ciele lub w skórze, kule ?		
metalowe mostki zębowe, protezy ?		
metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) ? <i>DOTYCZY KOBIET</i>		
inne wszczepione metale lub urządzenia np. pompa insulinowa ?		
inne metaliczne elementy w obrębie ciała ?		
tatuaż, trwałe makijaż ?		
Czy choruje Pani/Pan na: choroby tarczycy, nerek, cukrzycę, astmę, nadciśnienie tętnicze ?		
<b>Jeśli tak, to proszę napisać jakie:</b>		
Czy przebyła/przebył Pani/Pan zabiegi operacyjne ?		
<b>Jeśli tak, to proszę napisać jakie i w którym roku:</b>		
<i>DOTYCZY KOBIET: Jestem lub podejrzewam, że mogę być w ciąży ?</i>		
Czy wyraża Pani/Pan zgodę na dożylną podanie środka kontrastowego świadoma/y możliwości wystąpienia objawów ubocznych ?		
	Waga	kg

## Świadoma zgoda na badanie i oświadczenie pacjenta

- > Przeczytałam/em i zrozumiałam/em całą zawartość ankiety.
- > Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
- > Zostałam/em poinformowana/y o możliwości wystąpienia powikłań związanych z badaniem i **WYRAŻAM ZGODĘ** na przeprowadzenie badania.

Data	Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

\*niepotrzebne skreślić

## Informacje dla pacjenta

---

### Badania metodą rezonansu magnetycznego

W czasie badania MR pacjent przebywa w silnym polu magnetycznym.

Do pomieszczenia nie wolno wnosić: **telefonów komórkowych, kart magnetycznych, zegarków, kluczy, biżuterii oraz innych metalowych przedmiotów.**

*W przypadku badania głowy należy usunąć makijaż oraz wyjąć protezę zębową. Niezastosowanie się do powyższych zakazów może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta lub personel.*

Badanie nie może zostać wykonane u osób z wszczepionym rozrusznikiem serca, ferromagnetycznym wewnątrzczaszkowym klipsem naczyniowym, aparatem słuchowym w uchu środkowym lub wewnętrznym, w przypadku ciała metalicznego w oku oraz nie powinno być wykonywane u kobiet w ciąży.

W przypadku posiadania przez chorego endoprotez i innych metalicznych ciała obcych konieczne jest poinformowanie personelu pracowni w celu ustalenia czy u pacjenta może zostać przeprowadzone badanie.

Czas badania MR wynosi od 30 do 60 minut i wymagane jest bezwzględne leżenie w bezruchu. W trakcie badania słychać w tunelu urządzenia głośnie stuki.

Pacjenci niespokojni, pobudzeni nerwowo, małe dzieci (zwłaszcza niemowlęta) wymagają celem przeprowadzenia badania znieczulenia anestezjologicznego.

W niektórych przypadkach dla poprawnej diagnozy konieczne jest **podanie dożylnie środka kontrastowego**, dlatego co najmniej 2 godziny wcześniej nie należy spożywać pokarmów stałych.

Środki kontrastowe stosowane w badaniu MR mogą powodować, chociaż niezwykle rzadko wystąpienie następujących działań niepożądanych: nudności, pokrzywką, zaburzenia smaku, ból i uczucie zimna w miejscu podania, ból głowy i uczucie gorąca (1-2 proc. pacjentów), a wyjątkowo wstrząs.

**Przed badaniem należy dostarczyć aktualne wyniki poziomu kreatyniny lub GFR.**