**Nr identyfikacyjny: ……………./CMR/2025**

**ANKIETA DO BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM Z KONTRASTEM**

 Miejscowość, data ……………………………………..

Imię i Nazwisko Pacjenta ……………………………………………………………………………………..

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

 Pesel

Waga ………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prosimy o postawienie X w miejscu prawidłowej odpowiedzi** | **TAK** | **NIE** |
| Czy były wykonywane badania z paramagnetycznym środkiem kontrastowym? |  |  |
| Jeśli tak, to czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś reakcje alergiczne ?Jakie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... |  |  |
| Czy jest Pan/Pani uczulona na leki?Jeśli tak to na jakie ……………………………………………………………………………… |  |  |
| Czy stwierdzono u Pana/Pani alergie?Jaką ……………………………………………………………………………………………… |  |  |
| Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzyce, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, hemofilię, zaburzenia krzepliwości krwi?\*proszę podkreślić właściwe  |  |  |
| Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek? |  |  |
| Proszę wypisać leki, jakie Pan/Pani przyjmuje na stałe:…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………. |  |  |

**Zgoda na badanie MR ( Rezonans Magnetyczny)**

**Z podaniem środka kontrastowego**

Środki kontrastowe stosowanie w rezonansie magnetycznym mogą powodować reakcję niepożądane, które występują rzadko, są zwykle łagodne i krótkotrwałe (w niektórych przypadkach mogą wystąpić późne reakcje uczuleniowe). Należą do nich:

* Nudności, wymioty, zaburzenia smaku, uczucie zmęczenia, zwiększona potliwość
* Parastezje skórne, pokrzywka, świąd, bladość skóry, egzema
* Ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, bóle i skurcze mięśni
* Zaburzenia świadomości, padaczka, ból głowy i czucie gorąca
* Reakcje anafilaktyczne: obrzęk naczyń, wstrząs, nagłe zatrzymanie krążenia, obniżenie ciśnienia krwi, obrzęk krtani, skurcz krtani, oskrzeli, stridol, obrzęk płuc, zaburzenia oddychania, kaszel, katar, kichanie, zapalenia spojówek, ból brzucha, ból w klatce piersiowej, wysypka
* Przerwanie ciągłości żyły, wynaczynienie kontrastu poza żyłę

O każdym przypadku wystąpienia objawów nietolerancji środka kontrastowego należy natychmiast poinformować personel medyczny pracowni.

Pacjencie!

 Wywiad alergiczny, oraz wcześniejsze reakcje uboczne na jodowe środki cieniujące w TK i gadolinowe środki kontrastowe w MR zwiększają prawdopodobieństwo występowania działań niepożądanych. Należy zachować ostrożność przy podawaniu środków kontrastowych pacjentom ze schorzeniami nerek, w takich przypadkach przed badaniem MR z kontrastem, celem oceny wydolności nerek, zalecane jest wykonanie badania kreatyniny z surowicy.

U chorych z przewlekłą chorobą nerek gadolinowe środki kontrastowe stosowanie w MR mogą rzadko powodować także schorzenie nerek o nazwie- Nerkowe włóknienie układowe (ang, NSF- Nephrogenic Systemie Fibrosis), charakteryzujące się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych: wątroby, serca, płuc, przepony, mięśni.

 **Środki kontrastowe do badań MR nie wchodzą w interakcje z innymi lekami i w większości przypadków są szybko wydalane przez nerki w postaci niezmienionej. Wyrażam/ Nie wyrażam \*\* świadomą zgodę na badanie MR z dożylnym podaniem gadolinowego środka kontrastowego. Zostałem/łam pouczany/na o możliwych wystąpienia powikłań jak również o ograniczonej wartości diagnostycznej badania MR w razie nie wyrażenia zgody na badanie z podaniem środka cieniującego. Mogłem/am wyjaśnić swoje wątpliwości, pouczenie personelu medycznego zrozumiałem/am, nie mam uwag.**

 **……………………………………………………..**

 **Data i podpis pacjenta**

W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. Zgoda równoległa opiekuna prawnego

 ……………………………………………………... **Data i czytelny podpis opiekuna prawnego**

\*\*niepotrzebne skreślić

*Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., 101, poz. 926, ze zm.) informujemy że Administratorem Danych Osobowych jest Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.k z siedzibą w Rakoniewicach, ul. Ogrodowa 11a. Państwa dane osobowe przetwarzane są w zakresie określonym przepisami prawa w celu realizacji usług medycznych. Mają Państwo prawo do wglądu, aktualizowania i poprawiania swoich danych osobowych*.

\*\*) w przypadku Pacjentki/Pacjenta niepełnoletniego

- poniżej 16-go roku życia- oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel Pacjentki/ Pacjenta

- w wieku 16-18 lat- oświadczenie pospisuje Pacjent/ Pacjentka oraz ustawowy przedstawiciel

|  |
| --- |
| Zlecenie dożylne podane ……………….. ml środka kontrastowego Poziom kreatyniny …………………………………………………. |
| …………………………………………………………………Data, pieczątka i podpis lekarza  |