



Pracownia Rezonansu Magnetycznego
Szpital Specjalistyczny w Brzozowie
Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny
36-200 Brzozów ul. Ks. J. Bielawskiego 18
Pracownia MR tel.: 13 43 07 901
Rejestracja tel.: 13 43 07 982

Pieczęć jednostki kierującej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

.....dnia.....20.....r.

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZEJ MR

Proszę o badanie MR: (rodzaj badania).....

u Pana(i).....telefon:.....

PESEL:

Adres:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy:.....-.....

mięscowość:.....

Województwo:.....

Rozpoznanie(wstępne,ostateczne):.....

.....KOD(ICD10).....

Celbadania(uzasadnienie):.....

Rozpoznanie Histopatologiczne:

Leczenie chirurgiczne- podać rodzaj i termin (miesiąc, rok): (zabiegi operacyjne, kwadrantektomia, BCT, biopsja gruboigłowa,cienkoigłowa,mammotomiczna).....

Leczenie energią promieniowania jonizującego (w trakcie czy zakończone - **bezwzględnie podać miesiąc i rok ostatniej dawki**)

Leczenie chemioterapeutykami (w trakcie, zakończone-podać miesiąc i rok zakończenia)

Leczenie środkami hormonalnymi (w trakcie, zakończone- podać miesiąc i rok zakończenia lub ostatniej dawki).....

CIAŁA METALICZNE W ORGANIZMIE PACJENTA: (podać rodzaj i lokalizację, w przypadku protez rodzaj stopu, z którego są wykonane)

Waga pacjenta:

Pieczętka i podpis lekarza kierującego:

Uwagi pracowni diagnostycznej:

Termin zgłoszenia się ze skierowaniem.....

Wyznaczony termin badania.....

Czytelny podpis pracownika pracowni MR:

Dotychczas wykonane badania obrazowe: USG, RTG, MAMMOGRAFIA, TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA, REZONANS MAGNETYCZNY, PET, SCYNTYGRAFIA- BEZWZGLĘNIE DOSTARCZYĆ DOKUMENTACJĘ : ZDJĘCIA, płyty CD, OPISY.

Poziom:

kreatyniny	GFR	TSH
Podanoml środka kontrastowego		
Podpis lekarza	Podpis pielęgniarki podającej	

Bezwzględny warunkiem ustalenia terminu badania i jego przeprowadzenia jest czytelne wypełnienie wszystkich punktów skierowania!!!

Informacje dotyczące badania metoda rezonansu magnetycznego (MR)

1. Badanie jest nieinwazyjne.
2. **Cztery godziny przed badaniem nie należy jeść , a dwie godziny pić, ze względu na możliwość podania środka kontrastowego.**
3. Do badania MR z podaniem środka kontrastowego konieczne jest oznaczenie parametrów nerkowych - poziomu kreatyniny, GFR, TSH w chorobach tarczycy. Aktualny wynik (maksymalnie sprzed dwóch tygodni) należy dostarczyć w dniu badania.
4. **Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR są wszczepione u pacjenta urządzenia elektryczne i elektroniczne, a w szczególności:**
rozrusznik serca, pompa insulinowa, wszczepiony aparat słuchowy, neurostymulatory, klipsy naczyniowe wewnątrzczaszkowe oraz metaliczne ciało obce w oku.
5. Wszelkie wątpliwości co do bezpiecznego wykonania badania należy wcześniej zgłosić lekarzowi kierującemu i personelowi pracowni. Ostateczną decyzję o przeprowadzeniu badania w przypadkach wątpliwych podejmuje lekarz radiolog po zapoznaniu się z posiadaną przez pacjenta dokumentacją medyczną i techniczną (rodzaj i umiejscowienie ciał obcych, protez, ich właściwości magnetyczne, charakterystyka urządzeń)
6. W szatni pracowni – przed wejściem do pomieszczenia badawczego, należy zostawić wszelkie metalowe i mogące ulec uszkodzeniu przedmioty (klucze, telefon komórkowy, zegarek, karty magnetyczne /bankowe/, biżuteria, paski, zewnętrzne protezy metaliczne, itp.)

MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Pole magnetyczne

Zdarza się, że pacjenci podają zmianę samopoczucia w trakcie badania lub pojawienie się różnych „dziwnych” objawów po badaniu. Najczęściej związane jest to z związane ze stresem i ma podłoże psychiczne dotyczy pacjentów cierpiących np. na klaustrofobię. Skutkami wykonania badania rezonansem magnetycznym u takich pacjentów mogą być napady paniki. Dość głośny odgłos pracy aparatu, o zmieniającym się nasileniu, jest dodatkowym czynnikiem stresogennym, szczególnie u osób z utrudnionym kontaktem, których ostrzeżenie może być utrudnione (osoby w podeszłym wieku, chore neurologicznie, ale także dzieci). Zaburzenie stałego pola magnetycznego, w jakim przebywamy na co dzień (pole magnetyczne ziemi), może sporadycznie wywoływać zawroty głowy i uczucie dezorientacji. Wszelkie objawy ustępują po kilkunastu minutach od zakończenia badania.

MR może spowodować lekkie podwyższenie temperatury ciała. Najczęściej pacjenci opisują to jako przyjemne ciepło, które odczuwają w miejscu badania; nie należy się tym niepokoić, jest to absolutnie normalny czynnik, towarzyszący przy badaniu, związany z działaniem cewek nadawczo- odbiorczych fal radiowych i samego pola magnetycznego.

Wkłucie dożylnie

Istnieje ryzyko wystąpienia: bólu, krwawienia, zasinienia, obrzęku, infekcji. Czasem zdarza się wynaczynienie środka kontrastowego poza żyłę, zwykle o łagodnym charakterze. Rzadko mogą wystąpić ciężkie uszkodzenia obejmujące: owrzodzenia skóry, martwicę tkanek miękkich i zespół ciasnoty międzypowięziowej.

Podanie środka kontrastowego

Działania niepożądane związane ze stosowaniem środków kontrastowych i podawanych donaczyniowo, są zwykle łagodne lub umiarkowanie nasilone i przemijające..

Większość reakcji występuje w ciągu pół godziny od podania produktu. Dlatego zalecane jest obserwowanie pacjenta po wykonaniu badania. Rzadko obserwowano reakcje opóźnione (po upływie godzin do kilku dni). Przy zaburzeniach czynności nerek, przed podaniem produktu Gadovist 1,0 zalecane jest objęcie wszystkich pacjentów badaniem w zakresie zaburzeń czynności nerek, obejmującym testy laboratoryjne.

Po podaniu kontrastu

Często występują: ból głowy, nudności.

Rzadko: Nadwrażliwość, reakcja rzekomoanafilaktyczna (np. wstrząs rzekomoanafilaktyczny, zapaść naczyniowa, zatrzymanie oddechu, obrzęk płuc, skurcz oskrzeli, sinica, obrzęk jamy ustnej i gardła, obrzęk krtani, niedociśnienie, wzrost ciśnienia krwi, ból w klatce piersiowej, pokrzywka, obrzęk twarzy, obrzęk naczynioruchowy, zapalenie spojówek, obrzęk powiek, uderzenie gorąca, nadmierne pocenie się, kaszel, kichanie, uczucie pieczenia, bladość) zawroty głowy, zaburzenia smaku, parestezje, duszność, wymioty, rumień, świąd (w tym świąd uogólniony), wysypka (w tym wysypka uogólniona, plamkowa, grudkowa, wysypka ze świądem), reakcja w miejscu wstrzyknięcia, uczucie gorąca

Bardzo rzadko: utrata świadomości, drgawki, omamy węchowe, tachykardia, kołatanie serca, suchość w jamie ustnej, złe samopoczucie, uczucie zimna. Po badaniu z podaniem środka kontrastowego, kobieta karmiąca piersi, nie powinna karmić dziecka w ciągu najbliższych 24 h, a ściągnięty w tym czasie pokarm powinien zostać wylany.

ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Czy występowało u Pani/Pana:	TAK	NIE
1. Nieregularne bicie serca.....
2. Nagła utrata przytomności.....
3. Zaburzenia czynności/choroby nerek.....
4. Stany lękowe.....
5. Uczulenie na środki kontrastowe i inne leki.....
6. Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży?.....
7. Astma oskrzelowa.....

Czy Posiada Pani/Pan w swoim ciele:	TAK	NIE
1. Rozrusznik serca.....
2. Metalowe opiłki w ciele (praca przy obróbce metali).....
3. Implant słuchowy.....
4. Sztuczne zastawki serca.....
5. Wewnętrzne klipsy naczyniowe.....
6. Zastawki komorowe lub rdzeniowe.....
7. Neurostimulatory.....
8. Metalowe protezy stawów.....
9. Metalowe mostki zębowe.....
10. Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale).....
11. Metalowe szwy chirurgiczne.....
12. Tatuaż lub makijaż permanentny.....
13. Inne wszczepione metale (jakie i gdzie?).....
.....
14. Stenty (kiedy zostały wszczepione?).....
.....

.....

.....

.....

Data

pieczętka i podpis lekarza

czytelny podpis pacjenta
/czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

Oświadczenie pacjenta - świadoma zgoda

<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Ja niżej podpisany(a) świadomie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie/u mojego dziecka * badania Rezonansu Magnetycznego
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Świadomie wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego do badania Rezonansu Magnetycznego
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam jednocześnie, że miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości powikłań oraz, że uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem(am) wystarczającą ilość czasu.
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam także, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czyli przyjmowania leków, Jestem świadomy wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam ponadto, że w ciągu ostatnich 3 godzin przed badaniem nie przyjmowałem(am) żadnych pokarmów ani płynów.

UWAGA:

* W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta
/czytelny podpis uprawnionego opiekuna *

Pacjent nie jest w stanie podjąć świadomej decyzji z powodu:

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie

Rezonansu Magnetycznego

Zostałam/em w pełni poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta
/czytelny podpis uprawnionego opiekuna *