

BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

PR11_P02_IR05_F2

Rezonans magnetyczny jest metodą obrazowania przekroju ciała w dowolnej płaszczyźnie przy pomocy pola magnetycznego. Jest to badanie bezbolesne, chociaż może wywołać uczucie pewnego dyskomfortu spowodowanego koniecznością pozostawania przez dłuższy czas w jednej pozycji, wysokiego poziomu hałasu wewnątrz urządzenia. Czas trwania badania wynosi od 15 do 60 minut w zależności od rodzaju badanego narządu i tego czy podczas badania w zależności od wskazań medycznych będzie podawany środek kontrastowy. Po jego podaniu mogą wystąpić bardzo rzadko reakcje niepożądane- nudności, wymioty, pokrzywka, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia. Z uwagi na powyższe pacjent przez 30 minut pozostaje pod obserwacją pośrednią personelu pracowni. W przypadku ewentualnych powikłań lekarz pracowni podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu z pacjentem.

Ewentualne pytania nt procedury kierować pod numerem telefonu rejestracji 261-416-177 w godzinach 7.15-14.30 pon.-pt.

Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretacje wyniku badania, a w niektórych przypadkach stanowią przeciwwskazanie medyczne do wykonania badania MR, prosimy o uważne przeczytanie poniższych informacji i **zaznaczenie odpowiedzi zgodnych ze stanem faktycznym**

Bezwzględne przeciwwskazania:

- | | | |
|---|-----|-----|
| • aparatów kontrolujących pracę serca/ decyduje rodzaj- informacja z paszportu urzędnika | TAK | NIE |
| • sztuczna metalowa zastawka serca | TAK | NIE |
| • szwy chirurgiczne z drutu | TAK | NIE |
| • metalowe wszczepy ortopedyczne- informacja z paszportu urzędnika | TAK | NIE |
| • metalowe protezy stawowe | TAK | NIE |
| • wewnątrzczaszkowe klipsy metalowe | TAK | NIE |
| • metalowe fragmenty lub opiłki w gałce ocznej, proteza oczna | TAK | NIE |
| • implant słuchowy wszczepiony w uchu wewnętrznym lub środkowym | TAK | NIE |
| • inne metaliczne ciała w głowie lub badanej okolicy | TAK | NIE |
| • metalowe klipsy operacyjne w aorcie | TAK | NIE |
| • inne wszczone metale- informacja z paszportu urzędnika | TAK | NIE |

Względne przeciwwskazania:

- | | | |
|--|-----|-----|
| • neurostymulator | TAK | NIE |
| • zastawka komorowa lub rdzeniowa w układzie nerwowym (proszę podać rodzaj zastawki) | TAK | NIE |
| • metalowe odłamki w ciele lub skórze | TAK | NIE |
| • klaustrofobia. | TAK | NIE |

UWAGA: BADANIE NIE JEST ZALECANE U KOBIET W PIERWSZYM TRYMESTRZE CIĄŻY

•••

Przygotowanie pacjenta do wykonania badania przy pomocy rezonansu magnetycznego MRI nie wymaga żadnych specjalnych zabiegów. Są jednak procedury, w **szczególności dotyczące narządów jamy brzusznej oraz prostaty do których pacjent powinien pozostać na czczo**-informacja o szczegółowym sposobie przygotowania udzielona zostanie w momencie rejestracji.

Na badanie należy zgłosić się z aktualnym, co najwyżej dwutygodniowym, wynikiem eGFR lub poziomem kreatyniny w surowicy krwi.

1. Należy dostarczyć wyniki i CD poprzednich badań obrazowania (zdjęcia RTG, TK, MRI).
2. Należy przed badaniem poinformować o:
 - występujących wcześniej operacjach,
 - uczuleniach na środki kontrastowe w trakcie poprzednich badań obrazowych
 - uczuleniach na leki, pokarmy, substancje chemiczne i inne,
 - wypełnieniach zębów,
 - tatuażach,
 - patrz względne przeciwwskazania.
3. Przed badaniem należy usunąć makijaż, lakier z włosów(jeżeli badanie dotyczy głowy), protezy zębowe, szpilki do włosów, biżuterię, zegarek, aparat słuchowy, okulary.
4. Do pomieszczenia z aparatem MRI proszę nie wносить kart kredytowych, zegarków, telefonów komórkowych - rzeczy te mogą ulec zniszczeniu.

•••

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA typu REZONANS MAGNETYCZNY

.....
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Data i czytelny podpis osoby przeprowadzającej wywiad przed badaniem

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MRI Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości wystąpienia niekorzystnych następstw po podaniu środka cieniującego (kontrastu) i będąc tego świadomy/-a wyrażam zgodę na wykonanie badania MRI z dożylnym podaniem kontrastu. Mogłem/-am zadawać pytania dotyczące wykonywanej procedury. Otrzymałem/-am wyczerpujące informacje.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

ZLECENIE LEKARSKIE NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO- wypelnia radiolog

Zlecam podanie.....ml środka kontrastowego
(nazwa, nr serii, dawka kontrastu)

.....
Pieczętka i podpis lekarza zlecającego

.....
Pieczętka i podpis pielęgniarki podającej kontrast