

Reakcje niepożądane i możliwe powikłania związane z podaniem kontrastu zdarzają się rzadko. Mogą być to: uczucie ciepła, metaliczny smak w ustach, zawroty głowy, nudności, wymioty, świąd, pokrzywka, obrzęki, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia tętniczego. Bardzo rzadko, drgawki, wstrząs, zatrzymanie akcji serca, zwiększone ryzyko powikłań nerkopochodnych i upośledzenie funkcji nerek.

Wypełnia lekarz kierujący na podstawie wywiadu z pacjentem	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wykonano u Pani/Pana badanie z użyciem środka cieniującego (kontrastu)?		
Jeżeli tak, to czy wystąpiły reakcje niepożądane? Jakież?		
Czy przyjmuje Pani/Pan leki na astmę, alergie?		
Czy występują u Pani/Pana reakcje alergiczne (np. leki, alergeny pokarmowe, wziewne? Jakież?)		
Czy miała Pani/Pan kiedyś uraz oka spowodowany opiłkiem, wiórem metalowym?		
Czy stwierdzono u Pani/Pana chorobę nerek, białkomocz, dnę moczową, niewydolność nerek?		
Czy występuje u Pani/Pana klaustrofobia (lęk przed przebywaniem w małych pomieszczeniach)?		
Pod wpływem pola magnetycznego wymienione poniżej przedmioty, implanty mogą przestać prawidłowo funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagraniu, bądź stanowić bezwzględne przeciwwskazanie do wykonania badania. Mogą być także przyczyną artefaktów utrudniających wykonanie badania MR. Poniżej należy zaznaczyć posiadane implanty i ciała obce z podaniem rodzaju (typ, producent, data wszczepienia):		
Bezwzględnie przeciwwskazane:	TAK	NIE
Rozrusznik serca, kardiowerter, defibrylator		
Wewnątrzczaszkowe klipsy ferromagnetyczne		
Niektóre implanty uszne w uchu wewnętrznym lub środkowym		
Metalowe opiłki w gałce ocznej		
Względnie przeciwwskazane (wykonanie badania do decyzji lek. radiologa lub lek. kierującego):		
Protezy narządów. Jakież ?		
Metalowa zastawka serca		
Metalowe klipsy w aorcie, naczyniowe		
Neurostymulatory		
Metalowe odłamki w ciele lub skórze		
Metalowe implanty ortopedyczne, stawowe		
Zastawka komorowa lub rdzeniowa w układzie nerwowym		
Inne nie wymienione wszczepy lub implanty. Jakież ?		
Data ..... Pieczętka i podpis lekarza .....		

Wyrażam zgodę na wykonanie badania MR z podaniem kontrastu\*

W pełni zrozumiałam/em informację zawartą w tym formularzu oraz przekazaną mi podczas rozmowy z lekarzem kierującym.

Zapewniono mi możliwość zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały. Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych. Znam mi są możliwe powikłania związane z badaniem i podaniem środka kontrastowego.

Świadomie WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM zgody na wykonanie badania\*. WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM zgody na podanie kontrastu\*.

.....  
Podpis (imię i nazwisko) opiekuna prawnego

.....  
data

.....  
Podpis (imię i nazwisko) pacjentki od 16 r.ż.

#### OŚWIADCZENIE PACJENTKI SKŁADANE W DNIU BADANIA

CIĄŻA W LUB JEJ PRAWDOPODOBIEŃSTWO NIE SĄ ZALECANE PRZY WYKONYWANIU BADANIA Z UŻYCIEM POLA MAGNETYCZNEGO W I TRYMESTRZE

- Oświadczam, że nie jestem w I trymestrze ciąży i nie zachodzi jej prawdopodobieństwo w dniu badania
- Oświadczam, że jestem w ..... tyg. ciąży i WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM zgody na badanie

.....  
Podpis (imię i nazwisko) opiekuna prawnego

.....  
data

.....  
Podpis (imię i nazwisko) pacjentki od 16 r.ż.

#### WYPEŁNIA PERSONEL MR

Radiolog:	Technik:	Kontrast (lek, dawka):	Pieczętka i podpis lekarza zlecającego:	Pieczętka i podpis pielęgniarki wykonującej zlecenie:
-----------	----------	------------------------	---	---

\* odpowiednie zaznaczyć.