Formularz zgody na wykonanie badania rezonansem magnetycznym

neoscan
Grupa Diagnostyka

I. Dane osobowe (wypełnia pacjent - drukowanymi literami, czytelnie)

imię i nazwisko: . . . . . .

PESEL: . . . . . | wiek: . . . . . *lat* | telefon: . . . . . | wzrost: . . . . . *cm* | waga: . . . . . *kg*

adres: . . . . . .

II. Badana okolica ciała

. . . . . .

1. Czy badanie ma charakter profilaktyczny (bez objawów, kontrolnie)? _____ TAK ☐ | NIE ☐
2. Dlaczego wykonywane jest badanie? (proszę krótko opisać powód)

   uraz, podejrzenie choroby (jeśli wiadomo - jakiej?), złe wyniki innych badań (jakich?), przed operacją (o ile wiadomo - jaką?)

   . . . . . .

III. Informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta (właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce)

1. Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią? *dotyczy tylko kobiet*	TAK ☐ | NIE ☐
2. Czy występują u Pani/Pana zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia?	TAK ☐ | NIE ☐
3. Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię lub inne stany lękowe?	TAK ☐ | NIE ☐
4. Czy występowała u Pani/Pana nagła utrata świadomości?	TAK ☐ | NIE ☐
5. Czy choruje Pani/Pan na padaczkę, nadciśnienie, cukrzycę, astmę, POCHP, schorzenia tarczycy, wątroby, nerek? *podkreśl właściwe*	TAK ☐ | NIE ☐
6. Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:	
wkładki (spirale) wewnątrzmaciczne *dotyczy tylko kobiet*	TAK ☐ | NIE ☐
rozrusznik (stymulator) serca, kardiowerter lub elektrody wewnętrzne	TAK ☐ | NIE ☐
implant słuchowy, plastykę kosteczek słuchowych, wszczep ślimakowy	TAK ☐ | NIE ☐
pompę insulinową lub inne urządzenia podające leki	TAK ☐ | NIE ☐
klipsy naczyniowe, klipsy na tętniaku	TAK ☐ | NIE ☐
stenty, spirale embolizacyjne, filtry naczyniowe	TAK ☐ | NIE ☐
sztuczne zastawki serca, zastawki komorowe w żyłach	TAK ☐ | NIE ☐
neurostymulatory, biostymulatory	TAK ☐ | NIE ☐
endoprotezy kości, klamry stymulujące wzrost kości, implanty, zespolenia metalowe	TAK ☐ | NIE ☐
metalowe opiłki w ciele (zwłaszcza w oczach lub w skórze)	TAK ☐ | NIE ☐
mostki zębowe, protezy zębowe, szwy chirurgiczne, implanty stomatologiczne	TAK ☐ | NIE ☐
inne wszczepione metale *(jeśli TAK, wymień jakie i kiedy):*	TAK ☐ | NIE ☐
7. Czy posiada Pani/Pan tatuaż lub makijaż trwały (wykonane w ostatnich 3 mies.), aparat ortodontyczny, retainer?	TAK ☐ | NIE ☐
8. Czy miała Pani/Pan wykonywane jakiekolwiek operacje? *(jeśli TAK, wymień jakie i kiedy):*	TAK ☐ | NIE ☐

Diagnostyka+
obrazowa

IV. Informacje dotyczące środka kontrastującego (właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce)

1. W przypadku konieczności wykonania badania z dożylnym podaniem środka kontrastującego (kontrast) wyrażam na to świadomą zgodę _____ TAK ☐ | NIE ☐
2. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe lub powikłania po podaniu środków farmaceutycznych? _____ TAK ☐ | NIE ☐

O podaniu środka kontrastującego ostatecznie decyduje lekarz radiolog.

V. Informacje dotyczące dokumentacji medycznej

1. Przez dokumentację medyczną rozumie się: wcześniejsze wyniki badań obrazowych (płyty CD z obrazem oraz opisy badań RM, TK, USG, RTG lub innych), dokumentację dotyczącą przebytych operacji i zabiegów.
2. W przypadku dostarczenia wymaganej dokumentacji medycznej po wykonanym badaniu, czas na sporządzenie opisu badania może się wydłużyć.
3. Dokumentacja medyczna (właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce):

☐ Nie posiadam żadnej dokumentacji medycznej dotyczącej badanej okolicy anatomicznej (w tym opisów wcześniejszych badań rezonansem, tomografem, USG, RTG lub innych).

☐ Wszelką posiadaną dokumentację medyczną badanej okolicy anatomicznej udostępniłam/em w pracowni rezonansu *(wymień jaką):* . . . . . .

. . . . . .

VI. Odbiór wyniku badania – wypełnia pacjent (właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce)

☐ Osobiście

☐ ON-LINE

☐ Upoważniam *(Imię, nazwisko, data urodzenia)* . . . . . .

VII. Informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym

1. Niektóre metalowe elementy w ciele Pacjenta mogą spowodować uszkodzenia sprzętu diagnostycznego, a Pacjenta narazić na utratę zdrowia lub życia.
2. Podczas badania (bez względu na jego rodzaj i zakres) Pacjent przebywa w bardzo silnym polu magnetycznym.
3. Pacjent ma bezwzględny zakaz wnoszenia do pokoju badań oraz posiadania przy sobie wszelkich metalowych przedmiotów takich, jak aparat słuchowy, biżuteria, zegarek, pasek, itp. oraz takich, które są wrażliwe na działanie pola magnetycznego jak np. karty płatnicze, karty magnetyczne, telefony komórkowe, sprzęt elektroniczny, itp.
4. Pracownia nie ponosi odpowiedzialności za ewentualnie uszkodzenie w/w przedmiotów.
5. Ze względu na duży hałas towarzyszący badaniu zalecamy użyć zatyczek lub słuchawek wyciszających, które zapewnia pracownia rezonansu.
6. Badanie wymaga leżenia w bezruchu i w ograniczonej przestrzeni. Każdy, nawet najmniejszy, ruch może powodować zakłócenia w obrazach i obniżać jakość badania, a nawet uniemożliwiać rzetelny opis badania.

7. Bezwzględne przeciwwskazania (badanie nie może być wykonane):
   - Rozrusznik serca lub kardiowerter–defibrylator (ICD), który nie posiada oznaczenia „warunkowo bezpieczny w środowisku rezonansu magnetycznego", nie został zaprogramowany w danym oknie czasowym przez kardiologa w tryb „RM safe", pacjent nie posiada zaświadczenie o braku przeciwwskazań do badania RM wraz z pieczątką i podpisem lekarza kierującego.
   - Niektóre metalowe klipsy naczyniowe w mózgu (starego typu).
   - Metaliczne ciało obce w gałce ocznej.
   - Niektóre wszczepione urządzenia elektroniczne (np. pompy insulinowe, pompy lekowe, neurostymulatory) nieprzystosowane do badania RM.
8. Niektóre barwniki zawarte tatuażach (np. w kolorowych tatuażach) i makijażu trwałym mogą zawierać metale, co może powodować pieczenie podczas badania lub w niektórych przypadkach obniżyć jakość badania.
9. Świadoma odmowa zgody na podanie środka kontrastującego może wpływać na obniżenie wartości diagnostycznej badania.

VIII. Informacje dotyczące dokumentacji medycznej (właściwą odpowiedź zaznacz stawiając znak „X" w odpowiedniej kratce)

1. Nie zataiłam/em żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przebiegu leczenia, chorób oraz przyjmowanych leków, a wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym i biorę za nie pełną odpowiedzialność TAK ☐ | NIE ☐
2. Jestem świadoma/y wszystkich zagrożeń, powikłań i przeciwskazań związanych z badaniem rezonansem magnetycznym TAK ☐ | NIE ☐
3. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie mi badania rezonansem magnetycznym TAK ☐ | NIE ☐
4. Wyrażam świadomą zgodę na udostępnienie i przetwarzanie moich danych osobowych podanych w Formularzu Zgody oraz w innej dokumentacji medycznej przekazanej mi przez pracownię w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych, w tym do komunikacji telefonicznej/SMS, odbioru wyników badania, dostępu do platformy z wynikami on-line TAK ☐ | NIE ☐

data i czytelny podpis

W przypadku Pacjenta niepełnoletniego (poniżej 18 roku życia) Formularz Zgody na wykonanie badania oraz Oświadczenie Pacjenta podpisuje jego Opiekun Prawny.

Ja niżej podpisana/-any: Imię, Nazwisko, PESEL .....
wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym mojego dziecka (Imię, Nazwisko Pacjenta)

.....

Data i podpis Opiekuna Prawnego: .....