

SKIEROWANIE DO PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Pieczątką jednostki kierującej/Płatnik/ Badanie płatne:	Data wpływu skierowania:
	Podpis osoby rejestrującej:
	Wyznaczona data, godz. badania:
	Akceptacja kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej

Nazwisko i imię pacjenta (DRUKIEM):		PESEL
		Data urodzenia:
Adres pacjenta:		Telefon pacjenta:
Badany narząd:	Rodzaj badania: <input type="checkbox"/> ogólne <input type="checkbox"/> Angio MR	Znieczulenie ogólne: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Rozpoznanie kliniczne:		
Cel badania, wywiad, dodatkowe informacje:		
Badanie: <input type="checkbox"/> pierwsze <input type="checkbox"/> kontrolne: data poprzedniego badania.....	Data wystawienia skierowania:	Pieczątką i podpis lekarza kierującego:
Ciężar ciała:	Poziom kreatyniny, GFR	

W dniu badania należy dostarczyć wyniki z poprzednich badań obrazowych (TK, MR, RTG, USG) jeżeli wykonano oraz karty informacyjne leczenia szpitalnego.

INFORMACJA DLA PACJENTA

Rezonans magnetyczny jest badaniem diagnostycznym przy użyciu pola magnetycznego z zastosowaniem jeżeli wymaga środka kontrastowego. Badanie może powodować dyskomfort związany z przeprowadzaniem badania w pozycji leżącej i obecnością hałasu o zmiennym natężeniu.

- Skierowanie dostarczyć w terminie 14 dni od daty wystawienia osobiście / za pośrednictwem osoby trzeciej / listownie, do Rejestracji Pracowni Rezonansu Magnetycznego, gdzie po kwalifikacji przez Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej zostanie wyznaczona data i godzina badania. Informacja telefoniczna 52-32-62-184
- W przypadku badań bez zastosowania znieczulenia ogólnego pacjent pozostaje na czczo, minimum 4-5 godzin po spożyciu lekkiego posiłku. Dopuszcza się przyjmowanie do 2 godzin przed badaniem niegazowanych klarownych płynów: woda, słodka herbata, sok jabłkowy.
- Leki przyjmowane na stałe należy zgodnie z zaleceniami.
 - Każdy pacjent dostarcza aktualny wynik poziomu kreatyniny/GFR w surowicy krwi (data badania maks. 30 dni przed MR)
 - Pacjent chory na astmę zgłasza się na badanie z przyjmowanymi lekami wziewnymi.
- Przed badaniem należy bezwzględnie usunąć makijaż, lakier do włosów (badanie w obrębie głowy), spinki do włosów, biżuterię, zegarek, aparat słuchowy, okulary.
- Po badaniu z kontrastem pacjent pozostaje pod obserwacją personelu przynajmniej 30 minut i za zgodą opuszcza Pracownię z osobą towarzyszącą.
- Przez dobę po badaniu należy dbać o odpowiednie nawodnienie organizmu w celu wydalenia środka kontrastowego.

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 moczanową, 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 nagrzanemu, 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 lekarz kierującego			

Wyrażam zgodę na wykonanie badania MR z podaniem kontrastu*

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem kierującym. Zapewniono mi możliwość zadania pytań, na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały. Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych. Znałam 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) pacjenta 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: