SZPITAL POWIATOWY GAJDA MED SP. Z O.O.06-102 PUŁTUSK,
UL. TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Przeciwwskazania do badania:

- **Wszczepione urządzenia elektryczne, takie jak: defibrylator lub rozrusznik serca, neurostymulator, implant ślimakowy**
- W niektórych przypadkach **metalowe ciała obce** w tkankach miękkich (np. klipsy naczyniowe po operacjach laparoskopowych lub odłamki w sąsiedztwie naczyń, narządów miąższowych, gałek ocznych, płytki ortopedyczne, itp.)
- **Klaustrofobia** (patologiczny lęk przed przebywaniem w zamkniętych, niedużych pomieszczeniach). Istnieje możliwość podjęcia próby wjazdu przed umówieniem terminu, informacja w rejestracji.
- Ponadto nie zaleca się wykonywania badania u kobiet w I trymestrze ciąży.

Do badania należy dostarczyć:

- Skierowanie na badanie (z wskazaną okolicą ciała)
- Wypełnioną i podpisaną czytelnie ankietą na badanie (do pobrania w rejestracji)
- **Opisy z płytami wcześniej wykonanych badań RTG, TK, MR i USG oraz karty informacyjne prowadzonego leczenia lub przebytych hospitalizacji dotyczących badanej lokalizacji ciała**
- Brak poprzednich płyt uniemożliwia porównanie badania z wcześniej wykonanymi (Pacjent otrzymuje tylko opis aktualnego badania)
- W przypadku przebytych zabiegów operacyjnych – prosimy o podanie terminu i rodzaju wykonanych operacji
- U pacjentów z wstawionymi sztucznymi zastawkami serca, protezami ortopedycznymi czy po wszczepieniu klipsów naczyniowych, po operacjach neurochirurgicznych lub naczyniowych **należy obowiązkowo dostarczyć do Pracowni MR KOMPLETNĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ DOTYCZĄCĄ ZASTOSOWANEGO LECZENIA WRAZ Z OPISEM TYPU ZASTOSOWANEGO IMPLANTU, A W SZCZEGÓLNOŚCI MATERIAŁU, Z JAKIEGO ZOSTAŁ WYKONANY**
- W przypadku posiadanych implantów – endoprotezy, stenty, inne metale – **należy dysponować informacjami o rodzaju materiału użytego i dopuszczeniu implantu do badania 1,5 tesli MR oraz dostarczyć zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań do badania**. Pacjent posiadający stenty musi być przynajmniej 4 miesiące po wszczepieniu.

Przed badaniem należy bezwzględnie zgłosić:

- Posiadanie rozrusznika serca, metalowych klipsów lub innych metalowych części w organizmie
- Rozpoznane wcześniej alergie lub wystąpienie w przeszłości jakichkolwiek reakcji uczuleniowych na leki lub środki kontrastowe
- Klaustrofobię
- Skłonność do krwawień (skaza krwotoczna) w przypadku stosowania dożylnych środków kontrastowych

W czasie badania jest stały kontakt audiowizualny z personelem i należy zgłaszać:

- **Wszelkie nagłe dolegliwości(np. uczucie klaustrofobii)**
- **Jakiekolwiek objawy po podaniu dożylnego środka cieniującego (duszność, zawroty głowy, nudności)**

Badanie rezonansem magnetycznym jest bezbolesne, chociaż może wywołać uczucie lekkiego dyskomfortu w związku z koniecznością pozostania przez kilkanaście – kilkadziesiąt minut w jednej pozycji.

Wynikiem badania jest opis oraz dokumentacja elektroniczna wydana na płycie CD/DVD.

Termin odbioru wyniku ok. 3 tygodnie.

Rejestracja (23)691-99-32 (Pon.-Pt. 8.00-16.00)

Wynik można odebrać osobiście lub przez osobę pisemnie upoważnioną przez Pacjenta.

Do badania należy przystąpić w luźnym ubraniu, pozbawionym w szczególności metalowych elementów, takich jak: guziki, pasek, zegarek, klucze, karty płatnicze i telefon komórkowy.
W przypadku badań głowy i oczodołów nie należy mieć makijażu i lakieru do włosów. Zaraz po wykonaniu badania można prowadzić samochód, a przed badaniem wolno zażywać leki, ponieważ rezonans nie wpływa na ich działanie.
Badanie najlepiej wykonać w pierwszych 10 dniach cyklu miesięcznego, a także w trakcie miesiączki.
Wymagane jest leżenie w bezruchu , w przypadku pacjentów z silnym bólem należy wziąć leki przeciwbólowe, wskazane jest skorzystanie z toalety przed badaniem.

PRZYGOTOWANIE (DOTYCZY BADAŃ Z KONTRASTEM)

W PRZYPADKU BADANIA MR Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO ZAWIERAJĄCEGO GADOLIN, TRZEBA:

1. Dobrze nawodnić organizm(wskazane jest wypicie przed badaniem ok. 1 litra wody lub słabej herbaty)
2. Mieć ze sobą wydrukowany aktualny wynik poziomu kreatyniny/eGRF we krwi (nie straszy niż 7 dni)
3. Być na czczo 6 godzin przed badaniem
4. W przypadku badania MR miednicy małej(pod kątem oceny prostaty), jamy brzusznej pacjent wieczorem, przed badaniem powinien wypróżnić się. W innym wypadku w dniu badania konieczne jest wykonanie rano lewatywy (zestaw do lewatywy można kupić w aptece). Dodatkowo wieczorem przyjmujemy Espumisan 1x 5 kapsułek oraz w dniu badania 3 kapsułki.

UWAGA!

Pacjent nieprzygotowany do badania wg powyższych zaleceń nie będzie miał wykonanego badania!

Prosimy o zgłaszanie się do rejestracji na 30 minut wcześniej przed planowanym badaniem.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przygotowaniem do badania:

.....

Podpis pacjenta

Szpital Powiatowy Gajda-Med sp. z o.o.
Szpital - Dział Diagnostyki Obrazowej
06-102 PUŁTUSK, ul.Teofila Kwiatkowskiego 19
tel. /23/ 691 99 32, fax /23/ 691 99 06
NIP 5681617967, REGON 361505810
kody: 0000001771911/01/018/7240

DATA.....

ANKIETA DO BADANIA W REZONANSIE MAGNETYCZNYM

PROSIMY O DOKŁADNE I CZYTELNE WYPEŁNIENIE (DRUKOWANYMI LITERAMI) PONIŻSZEJ ANKIETY.
WŁAŚCIWE ODPOWIEDZI PROSIMY ZAZNACZYĆ W KÓŁKO.

Informacje podane przez Panią / Pana są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.*

NAZWISKO I IMIĘ .....

PESEL ..... PŁEĆ K M

TELEFON ..... WAGA.....kg

ADRES ZAMIESZKANIA..... WZROST.....cm

OKOLICA CIAŁA I POWÓD BADANIA.....

Badanie jest bezbolesne. Na czas badania należy usunąć wszelkie metalowe dodatki takie jak guziki, klamry, agrafki, broszki. Do badania należy zdjąć biżuterię, okulary, aparat słuchowy, protezy ruchome.

Czy kiedykolwiek została wykonana jakakolwiek operacja? Jeśli tak, prosimy o określenie daty (rok) i rodzaju operacji?
..... TAK / NIE

Czy leczy się Pani / Pan onkologicznie? TAK / NIE

CZY POSIADA PANI / PAN:

Rozrusznik serca	Tak	Nie
Defibrylator-kardiowerter	Tak	Nie
Sztuczną zastawkę serca	Tak	Nie
Metalowe stenty, filtry	Tak	Nie
Wenflon lub inny dostęp naczyniowy	Tak	Nie
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym	Tak	Nie
Elektroniczne implanty, neurostymulatory	Tak	Nie
Elementy stabilizujące kości, stawy, sztuczną kończynę	Tak	Nie
Metalowe fragmenty, opiłki w gałce ocznej (np. żelaza), protezę oczną	Tak	Nie
Aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym	Tak	Nie
Metalowe aparaty i mostki zębowe, protezy zębowe	Tak	Nie
Pooperacyjne klipsy metalowe lub inne metaliczne ciała obce	Tak	Nie
Metalowe gwoździe ortopedyczne, metalowe protezy stawów	Tak	Nie
Tatuaż lub permanentny makijaż	Tak	Nie

CZY WYSTĘPOWAŁY U PANI / PANA KIEDYKOLWIEK:

Ciężkie zaburzenia czynności nerek?	Tak	Nie
Alergia, astma? (na co?)	Tak	Nie
Zaburzenia rytmu serca?	Tak	Nie
Klaustrofobia? (lęk przed przebywaniem w zamkniętym pomieszczeniu)	Tak	Nie
Reakcja alergiczna na kontrast stosowany w badaniach obrazowych?	Tak	Nie
	Nie był podawany	

W razie potrzeby wyrażam zgodę na dożylne podanie środka kontrastowego do badania MR	Tak	Nie

Zostałem poinformowany/a, że podczas podawania środka kontrastowego będę odczuwać ciepło i że po badaniu bardzo ważne jest przyjmowanie dużych ilości płynów (do 2litrów niegazowanej wody mineralnej). Nadto poinformowano mnie, że po badaniu z kontrastem może wystąpić ból głowy, nudności i zawroty głowy. Możliwe są również reakcje alergiczne o różnym nasileniu w postaci pokrzywki, kaszlu, obfitego pocenia, uczucia ciepła aż do wstrząsu anafilaktycznego włącznie. Uzyskane informacje w pełni zrozumiałem/am i zaakceptowałem/am. Ponadto oświadczam, że miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących podania kontrastu, na które uzyskałem/łam szczegółowe, wyczerpujące odpowiedzi. Wyrażam świadomą zgodę na podanie kontrastu.

DATA.....CZYTELNY PODPIS (IMIĘ I NAZWISKO).....

Imię i nazwisko, PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/faktycznego

.....

Data i czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

.....

PYTANIA DODATKOWE DLA KOBIET:

Czy jest Pani w ciąży?	Tak	Nie
Czy karmi Pani piersią?	Tak	Nie

Nadto oświadczam, że przedstawiam następujące poprzednie badania obrazowe. W przypadku nie przedstawienia poprzednich badań, opis zostanie przygotowany bez porównań i nie będę wnosił/a o jego zmianę.

(rodzaj badania/data wykonania).....

UPRZEJMIE INFORMUJEMY, ŻE WYNIK BADANIA STANOWI PŁYTA CD WRAZ Z OPISEM.
WYNIKI WYDAJEMY PACJENTOWI LUB OSOBIE PISEMNIE UPOWAŻNIONEJ.
KLISZE WYWOŁYWANE NA ŻYCZENIE PACJENTA ZA DODATKOWĄ OPŁATĄ
(OD PONIEDZIAŁKU DO PIĄTKU W GODZINACH PRACY PLACÓWKI)

Potwierdzam autentyczność danych zawartych w powyższej ankiecie i oświadczam, że zostałem/łam w pełni poinformowany o przebiegu badania i wyrażam świadomą zgodę na jego przeprowadzenie. Ponadto oświadczam, że miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących badania, na które uzyskałem/łam szczegółowe, wyczerpujące odpowiedzi.

DATA..... CZYTELNY PODPIS (IMIĘ I NAZWISKO).....

Imię i nazwisko, PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/faktycznego

.....

Data i czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat.....

ODBIÓR WYNIKÓW BADAŃ ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ODEBRAŁAM / ODEBRAŁEM BADANIE (OPIS + PŁYTA).....

ANKIETA DO BADANIA MR STAWÓW

NAZWISKO I IMIĘ.....

1. KTÓRY STAW MA BYĆ BADANY?

PRAWY / LEWY

2. CZY DOSZŁO DO URAZU STAWU? TAK / NIE

JEŻELI TAK, TO KIEDY?

.....

3. CZY STAW BYŁ OPEROWANY? TAK / NIE

JEŻELI TAK, TO KIEDY?.....

RODZAJ ZABIEGU / OPERACJI:.....

4. CZY WYSTĘPUJĄ DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE?

JEŻELI TAK, TO GDZIE ZLOKALIZOWANY JEST BÓL?.....

JAKIE MA NASILENIE? STAŁE / ZMIENNE

BRAK BÓLU BÓL NIE DO ZNIESIENIA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. CZY ZACHOWANA JEST PEŁNA RUCHOMOŚĆ W STAWIE? TAK / NIE

JEŻELI NIE, TO PROSZĘ OKREŚLIĆ RODZAJ JEJ OGRANICZENIA:

niepełna / nadmierna

6. CZY UPRAWIA PANI / PAN SPORT? TAK / NIE

JEŻELI TAK, TO JAKI?.....

ANKIETA DO BADANIA MR KRĘGOSŁUPA

NAZWISKO I IMIĘ.....

1. KTÓRY ODCINEK KRĘGOSŁUPA MA BYĆ BADANY?

szyjny / piersiowy / lędźwiowo-krzyżowy

2. CZY DOSZŁO DO MECHANICZNEGO URAZU KRĘGOSŁUPA? TAK / NIE

JEŻELI TAK, TO KIEDY?

.....

3. CZY KRĘGOSŁUP BYŁ OPEROWANY? TAK / NIE

JEŻELI TAK, TO KIEDY?.....

KTÓRY POZIOM BYŁ OPEROWANY?.....

4. JEŚLI WYSTĘPUJĄ DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE, TO:

GDZIE ZLOKALIZOWANY JEST BÓL?.....

JAKIE MA NASILENIE?

STAŁE / ZMIENNE

BRAK BÓLU — BÓL NIE DO ZNIESIENIA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CZY PROMIENIUJE DO KOŃCZYN? TAK / NIE

JEŻELI TAK, TO DO KTÓREJ? LEWA / PRAWA RĘKA / NOGA

5. CZY WYSTĘPUJĄ ZABURZENIA CZUCIA? TAK / NIE

JEŻELI TAK, TO JAKIEGO RODZAJU? drętwienia / przeczulica / brak czucia

Oświadczenie

dotyczy wyłącznie pacjentów wykonujących badanie refundowane przez NFZ

Niniejszym oświadczam, że w dniu wykonywania badania rezonansu magnetycznego (MR) w Szpitalu Powiatowym Gajda-Med w Pułtusku, nie jestem osobą hospitalizowaną, ani nie przebywam na przepustce szpitalnej.

Nie wykonuję również w dniu dzisiejszym żadnych badań rezonansu magnetycznego (MR) u innego świadczeniodawcy w ramach ubezpieczenia w NFZ.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: .....

PESEL: .....

DATA: .....CZYTELNY PODPIS(IMIĘ I NAZWISKO).....

ODBIÓR WYNIKÓW :

□ ODBIÓR OSOBISTY (ZA OKAZANIEM DOWODU TOŻSAMOŚCI)*

□ UPOWAŻNIENIE*

* zaznaczyć właściwe