

Aparat: FUJIFILM Healthcare Corporation, model: APERTO Lucent
Indukcja pola magnetycznego: 0.38 T

RM Z KONTRASTEM

Nazwisko i imię:		Data urodzenia:	
Adres:		Telefon:	
Waga:		Wzrost:	

Najczęściej występujące działania niepożądane po podaniu środka kontrastowego

<ul style="list-style-type: none"> - nudność, - wymioty, - zaburzenia smaku, - uczucie zmęczenia - zwiększona potliwość - parastezje, - reakcje skórne, - zaburzenia świadomości, - padaczka, - ból głowy i uczucie gorąca 	<ul style="list-style-type: none"> - pokrzywka, świąd, - bledźć skóry, - egzema - ból i uczucie zimna lub gorąca w miejscu podania, - bóle i skurcze mięśni - przerwanie ciągłości żyły, - wynaczynienie kontrastu poza żyłę 	<p>REAKCJE ANAFILAKTYCZNE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obrzęk naczyń, - wstrząs, stridor, - nagłe zatrzymanie krążenia, - obniżenie ciśnienia krwi, - skurcz krtani, oskrzeli, - obrzęk płuc i krtani, - zaburzenia oddychania, - kaszel i katar - ból w klatce piersiowej
--	---	---

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEŹ NALEŻY ZAZNACZYĆ W 

1.	Czy występują u Pana/Pani jakiegokolwiek alergię, jakie?.....	TAK	NIE
2.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykonane badanie z użyciem kontrastu ?	TAK	NIE
3.	Czy kiedykolwiek wystąpiła reakcja na kontrast stosowany w badaniach obrazowych?	TAK	NIE
4.	Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki, jakie?.....	TAK	NIE
5.	Czy kiedykolwiek zostały wykonane u Pana/Pani zabiegi operacyjne? Jeżeli tak to kiedy i jakie ?.....	TAK	NIE
6.	Czy posiada Pan/Pani rozrusznik serca lub sztuczne zastawki serca?	TAK	NIE
7.	Czy posiada Pan/Pani stenty wieńcowe?	TAK	NIE
8.	Czy posiada Pan/Pani metalowe opiłki w ciele lub skórze?	TAK	NIE
9.	Czy posiada Pan/Pani wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe?	TAK	NIE
10.	Czy posiada Pan/Pani protezy stawów, implanty?	TAK	NIE
11.	Czy posiada Pan/Pani mostki, protezy zębowe lub implant słuchowy?	TAK	NIE
12.	Czy posiada Pan/Pani wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)?	TAK	NIE
13.	Czy posiada Pan/Pani szwy chirurgiczne lub inne wszczepione metale?	TAK	NIE
14.	Czy diagnozowano u Pana/Pani?: - niewydolność nerek, - schorzenia kardiologiczne, - astmę, POChP	TAK TAK TAK	NIE NIE NIE
15.	Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani objawy klaustrofobii?	TAK	NIE

Dotyczy Kobiet!!!

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania RM jest ciąża pacjentki!!! Oświadczam, że nie jestem w ciąży w momencie wykonywania badania !!!

.....
Data i podpis

Oświadczenie Pacjenta / przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

Ja niżej podpisany/a.....
oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań związanych z dożylnym podaniem paramagnetycznego środka kontrastowego i będąc tego świadomy/a wyrażam/nie wyrażam* zgody na wykonanie badania MR z dożylnym podaniem kontrastu. W pracowni MR miałem/am możliwość zadawania pytań odnośnie wykonywanej procedury oraz uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie informacje. W przypadku braku zgody na dożylny podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencję niepełnej diagnozy.

.....
(data i podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę na wysłanie opisu badania RM na podany adres e-mail:

.....
(data i podpis pacjenta)

Wypełnia Personel medyczny

Data badania.....

Rodzaj wykonanego badania.....

.....
(data, pieczętka i podpis elektroradiologa wykonującego badanie)

Wyniki badań laboratoryjnych z dnia.....

- Kreatynina:..... eGFR.....

Nazwa/stężenie środka cieniującego:.....

Dawka.....ml Waga.....kg

Przepływ.....ml/s RR.....

.....
(data, pieczętka i podpis pielęgniarki realizującej zlecenie)

Artefakty ruchowe podczas badania: tak / nie

UWAGI:.....