SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA MAŁOLETNIEGO NA WYKONANIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

Załącznik nr 1 do Regulaminu Pracowni Rezonansu Magnetycznego

Wydanie 2 z dnia 17.08.2023 r.

Imię i nazwisko pacjenta: ……

Data urodzenia i/lub PESEL: ……

Data badania: ……

waga: …… wzrost: …… poziom kreatyniny: ……

Oświadczenie pacjenta: proszę zaznaczyć TAK lub NIE

1.	Czy pacjent miał już wykonywane badanie rezonansem magnetycznym, tomografem komputerowej lub angiografię z użyciem środka kontrastowego?	TAK	NIE
2.	Czy pacjent miał wykonywane jakiekolwiek operacje?	TAK	NIE
3.	Czy pacjent posiada wymienione niżej przedmioty? :	TAK	NIE
	- Rozrusznik serca (stymulator, ICD, elektrody)	TAK	NIE
	- Implantowaną sztuczna zastawkę serca, zastawkę neurochirurgiczną	TAK	NIE
	- Filtry, spirale wewnątrznaczyniowe, stenty	TAK	NIE
	- Klips chirurgiczny lub naczyniowy, stapler, port naczyniowy	TAK	NIE
	- Implant ślimakowy lub uszny, protezę gałki ocznej, opiłki w oku	TAK	NIE
	- Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków	TAK	NIE
	- Protezę zębową, mostek, aparat ortodontyczny, metalowe zęby	TAK	NIE
	- Implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, płytki), protezę kończyn	TAK	NIE
	- Tatuaż, trwały makijaż	TAK	NIE
4.	Czy pacjent cierpi na klaustrofobię?	TAK	NIE
5.	Czy istnieje możliwość, że pacjentka jest w ciąży?	TAK	NIE
6.	Czy pacjent jest uczulony na jakiekolwiek lekarstwa?	TAK	NIE
7.	Czy pacjent cierpi na cukrzycę/ padaczkę/ alergie/ hemofilie?	TAK	NIE
8.	Czy pacjent ma problemy z nerkami? Czy choruje na niewydolność nerek? Czy jest dializowany?	TAK	NIE

Nie zaleca się wykonywania badania rezonansem magnetycznym w ciąży, szczególnie w jej pierwszym trymestrze, poza stanami bezpośredniego zagrożenia życia.

Badanie wymaga przebywania w bezruchu ok 30 minut lub dłużej i może wymagać podania środka kontrastowego.

Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie przedmiotów metalowych, kart magnetycznych, przedmiotów elektronicznych - mogą one ulec uszkodzeniu lub spowodować uszkodzenie aparatu i personelu.

ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA MAŁOLETNIEGO NA WYKONANIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

Ja ……, niżej podpisany (a)

zamieszkały ……..……..……,

świadom(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że - jestem opiekunem prawnym pacjenta.

- powyższe pytania są dla mnie zrozumiałe, a podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym,

- poinformowano mnie w sposób jasny i zrozumiały o celowości badania, jego przebiegu, przeciwwskazaniach do badania, możliwych następstwach i ryzyku powikłań (ze wstrząsem uczuleniowym oraz zatrzymaniem krążenia i oddechu włącznie) związanych z dożylnym podaniem środka kontrastowego podczas badania rezonansu magnetycznego oraz nie mam żadnych dalszych pytań.

W PRZYPADKU OBECNOŚCI WYROBÓW MEDYCZNYCH W CIELE PACJENTA NIEZBĘDNY JEST FORMULARZ POTWIERDZAJĄCY JEGO BEZPIECZEŃSTWO W APARACIE RM 3 T.

OŚWIADCZAM, ŻE NIE ISTNIEJĄ ŻADNE PRZECIWWSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA.

WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO ORAZ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO.

…… data

…… czytelny podpis rodzica/opiekuna (oraz pacjenta, jeśli ukończył 16 lat)

Potwierdzam zgodność danych osobowych opiekuna prawnego pacjenta z okazanym dokumentem tożsamości.

……..
podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego do badania

Oświadczenie w przypadku obecności opiekuna przy dziecku podczas badania (dotyczy wyłącznie kobiet):

Ja ……, niżej podpisana, oświadczam, że w dniu wykonania badania nie jestem w ciąży.

……
czytelny podpis rodzica/opiekuna