

## RM Z KONTRASTEM

<b>Nazwisko i imię:</b>		<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Adres:</b>		<b>Telefon:</b>	
<b>Waga:</b>		<b>Wzrost:</b>	

### Najczęściej występujące działania niepożądane po podaniu środka kontrastowego

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

### INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

#### PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEŹ NALEŻY ZAZNACZYĆ W

1.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykonane badanie Rezonansu Magnetycznego?	TAK	NIE
2.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykonane badanie z użyciem kontrastu ?	TAK	NIE
3.	Czy kiedykolwiek zostały wykonane u Pana/Pani zabiegi operacyjne? Jeżeli tak to kiedy i jakie ?.....	TAK	NIE
4.	Czy posiada Pan/Pani rozrusznik serca?	TAK	NIE
5.	Czy posiada Pan/Pani stenty wieńcowe?	TAK	NIE
6.	Czy posiada Pan/Pani metalowe opiłki w ciele lub skórze?	TAK	NIE
7.	Czy posiada Pan/Pani implant słuchowy?	TAK	NIE
8.	Czy posiada Pan/Pani sztuczne zastawki serca?	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 lub protezy zębowe?	TAK	NIE
12.	Czy posiada Pan/Pani wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)?	TAK	NIE
13.	Czy posiada Pan/Pani szwy chirurgiczne?	TAK	NIE
14.	Czy posiada Pan/Pani inne wszczepione metale (jakie)?	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

Świadomie wyrażam zgodę na :

**TAK    NIE**

		Przeprowadzenie badania Rezonansu Magnetycznego (Aparat: FUJIFILM APERTO Lucent <b>0,38 T</b> )
		Podanie środka cieniującego w celu wykonania badania Rezonansu Magnetycznego
		Oświadczam, że nie zataiłem(-am) żadnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach, przyjmowanych lekach i że podane przeze mnie odpowiedzi są prawdziwe.
		Oświadczam, że w ciągu 2 godzin nie przyjmowałem(-am) pokarmów.
		Wyrażam zgodę na wysłanie opisu badania RM na podany adres e-mail. Adres e-mail.....

.....  
(data i podpis pacjenta)

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

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

### 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)

**UWAGI:**.....