

Nazwisko i imię Pacjenta:		Data urodzenia:	
Rodzaj badania:			

**BADANIE MR** trwa od 20 do 50 minut. W tym czasie pacjent przebywa w polu magnetycznym. W niektórych przypadkach do uzyskania odpowiedniego diagnostycznie obrazu konieczne jest dożylne podanie środka kontrastowego, który może wywołać reakcję alergiczną lub działanie niepożądane w postaci nudności i wymiotów lub uczucia bólu i ciepła w miejscu jego podania. **Dopuszczalna max. waga pacjenta: do 120kg.**

## PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

1. Do wykonania badania konieczny jest aktualny **wynik kreatyniny** z krwi (ważny 14 dni).
2. Do badania z kontrastem należy być minimum **4 godziny bez jedzenia i 2 godziny bez picia.**
3. Do badań **należy zabrać ze sobą wcześniejszą dokumentację medyczną** dotyczącą badanej okolicy anatomicznej (karty informacyjne ze szpitala, wyniki badań RTG, USG, Rezonansu Magnetycznego, Tomografii Komputerowej).  
**PO BADANIU pacjent powinien wypić około 2,5 l wody mineralnej niegazowanej (w celu wypłukania kontrastu).**

**NA BADANIE NALEŻY PRZYJŚĆ 30 MINUT PRZED USTALONYM TERMINEM I ZGŁOSIĆ SIĘ DO REJESTRACJI.**

**WYMAGANE DOKUMENTY: dowód osobisty, oryginał skierowania lub kod skierowania** na badanie MR.

Pacjenci, którzy nie ukończyli 18 lat zgłaszają się na badanie z prawnym opiekunem.

**WYNIKI** wydajemy na CD (zdjęcia) + opis. Termin odbioru wyniku podaje pielęgniarka podczas wywiadu medycznego przed badaniem MR.

## PRZECIWSKAZANIA

**Bezwzględny przeciwwskazaniem do badania jest pierwszy trymestr ciąży oraz klaustrofobia. Badanie nie może być przeprowadzone w przypadku gdy pacjent ma wszczepione następujące elementy:** \*rozrusznik serca \*metalowe wszczepy w tkankach miękkich/odłamki metalowe/szwy metalowe/ \*klipsy naczyniowe/\*protezy z elementami metalowymi/\*spirala antykoncepcyjna \*spirala embolizująca/\*pompa insulinowa/\*neurostymulator/ inne biostymulatory/\*wszczep ślimaka/wewnętrzny aparat słuchowy/\*sztuczna zastawka.

**W przypadku pacjentów po zabiegach operacyjnych, posiadających elementy metalowe w organizmie, wymagane jest zaświadczenie o dopuszczeniu do badania Rezonansem Magnetycznym.**

## W ZWIĄZKU Z POWYŻSZYMI INFORMACJAMI, PROSIMY O UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA:

1. Występuje u mnie któreś z w/w przeciwwskazań do badania MR  TAK  NIE
2. Mam wszczepiony rozrusznik serca lub kardiowerter- defibrylator  TAK  NIE
3. Miałem/am przeprowadzone operacje (dotyczy badanej okolicy anatomicznej)  TAK  NIE  
Jeżeli tak, proszę wymienić jakie: .....
4. Mam metaliczne wszczepy lub elementy w organizmie  TAK  NIE
5. Mogę mieć metalowe opłuki w oku  TAK  NIE
6. Jestem w ciąży  TAK  NIE  NIE DOTYCZY
7. Jestem uczulony/a na środki kontrastowe  TAK  NIE  NIE WIEM
8. W przeszłości miałem/am już wykonywane badanie Rezonansu Magnetycznego/ Tomografii Komputerowej  TAK  NIE  
Jeżeli tak, proszę podać gdzie i kiedy: .....
9. Zgadzam się na dożylne podanie środka kontrastowego  TAK  NIE
10. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania Rezonansem Magnetycznym  TAK  NIE

**Treść powyższej informacji jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne z prawdą.**

**Przyjmuję do wiadomości, że podanie niepełnych lub nieprawdziwych informacji może skutkować zwiększeniem ryzyka wystąpienia działań niepożądanych.**