

Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o.  
 Nr księgi rej. 000000002894  
 Kompleks ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych  
 Dział Diagnostyczny Kod V:04  
 Pracownia Rezonansu Magnetycznego  
 Ul. Juliusza Słowackiego 18,87-700 Aleksandrów Kujawski  
 Tel. 54 282 80 70  
 Kod VII:053, Kod VIII: 7220  
 REGON: 911344332 NIP: 8911530126

### 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>- nudności,</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>- bledźć 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> | <b>REAKCJE ANAFILAKTYCZNE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obrzęk naczyń</li> <li>- wstrząs,</li> <li>- nagłe zatrzymanie krążenia,</li> <li>- obniżenie ciśnienia krwi,</li> <li>- skurcz krtani, oskrzeli,</li> <li>- stridor,</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

|     |   |     |     |
|-----|---|-----|-----|
| 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?<br>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 metalowe protezy stawów ?  | TAK | NIE |
| 11. | Czy posiada Pan/Pani mostki zębowe?   | TAK | NIE |
| 12. | Czy posiada Pan/Pani metalowe wkładki wewnątrzmaciczne ( spirale )?                                     | TAK | NIE |
| 13. | Czy posiada Pan/Pani metalowe 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
- 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:**

.....  
.....