

Rezonans magnetyczny jest metodą obrazowania przy pomocy pola magnetycznego. Jest to badanie bezbolesne, chociaż może wywołać uczucie pewnego dyskomfortu spowodowanego koniecznością pozostawania przez dłuższy czas w jednej pozycji i wysokim poziomem hałasu wewnątrz urządzenia. Czas trwania badania wynosi od 15 do 60 minut, w zależności od rodzaju badania i tego czy podczas badania będzie podawany środek kontrastowy. Po jego podaniu mogą bardzo rzadko wystąpić reakcje niepożądane – nudności, wymioty, pokrzywka, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia. Z uwagi na powyższe pacjent przez 30 minut po badaniu pozostaje pod obserwacją pośrednią personelu pracowni. W przypadku ewentualnych powikłań lekarz pracowni podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu z pacjentem.

**Ewentualne pytania nt. procedury kierować pod nr. telefonu rejestracji 261-416-177 lub 261-417-253 w godzinach 7.15–14.30 pon. – pt.**

Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym utrudniają interpretację badania, a w niektórych przypadkach stanowią przeciwwskazanie do jego wykonania, prosimy o **uwagę** przeczytanie poniższych informacji i **zaznaczenie odpowiedzi zgodnych ze stanem faktycznym**.

	TAK, jakie?	NIE
• Metaliczne wszczepy w obrębie głowy (aparaty ortodontyczne, wewnątrzczaszkowe klipsy metalowe, proteza oka, wszczepione aparaty słuchowe, inne)		
• Metalowe wszczepy w obrębie klatki piersiowej (szwy chirurgiczne z drutu, rozrusznik serca, metalowa zastawka serca, stentgraft piersiowy, metalowe klipsy operacyjne, inne)		
• Metalowe wszczepy ortopedyczne (protezy, gwoździe śródszpikowe, płytki, inne)		
• Zastawka komorowa lub rdzeniowa w układzie nerwowym (proszę podać rodzaj zastawki), neurostimulator, implanty w obrębie kręgosłupa		
• Inne metaliczne wszczepy w ciele, metalowe odłamki w ciele, skórze lub gałce ocznej		
• klaustrofobia		

**UWAGA: BADANIE NIE JEST ZALECANE U KOBIET W PIERWSZYM TRYMESTRZE CIAŻY**

Przygotowanie pacjenta do wykonania badania przy pomocy rezonansu magnetycznego MRI nie wymaga żadnych specjalnych zabiegów. Są jednak procedury, w szczególności dotyczące narządów jamy brzusznej, miednicy, prostaty, do których pacjent powinien pozostać na czczo (6 godzin przed badaniem), oraz w przypadku badania jamy brzusznej nie pić (3 godziny przed badaniem). W przypadku badania okolic miednicy (prostate, pęcherz, odbytnica, macica z przydatkami) nie należy oddawać moczu przed badaniem. Informacja o szczegółowym sposobie przygotowania udzielona zostanie w momencie rejestracji.

- Należy dostarczyć wyniki i płyty z poprzednich badań obrazowych (zdjęcia RTG, TK, MRI, USG)
- Należy przed badaniem poinformować o:
  - Przebytych wcześniej operacjach
  - Uczuleniach na środki kontrastowe w trakcie wcześniejszych badań MR
  - Uczuleniach na leki, pokarmy, substancje chemiczne i inne
  - Zdiagnozowanej i leczonej astmie oskrzelowej; należy przynieść ze sobą przyjmowane leki wziewne
  - Wypełnieniach zębów
  - Tatuażach
- Przed badaniem należy usunąć makijaż, lakier z włosów (jeżeli badanie dotyczy głowy), protezy zębowe, spinki do włosów, biżuterię, zegarek, aparat słuchowy, okulary.
- Do pomieszczenia z aparatem MRI proszę nie wnosić kart płatniczych, zegarków, telefonów komórkowych – rzeczy te mogą ulec zniszczeniu.
- Należy pamiętać, że to radiolog decyduje o podaniu środka kontrastowego niezależnie od treści skierowania wystawionego przez klinicystę.
- BEZWZGLĘDNIE** na czas badania wyjąć z odzieży wszelkie przedmioty zawierające elementy metalowe typu zapalniczki, klucze, długopisy, ostre narzędzia, monety itp. Nieprzestrzeganie tego nakazu może spowodować zagrożenie dla osób przebywających w pomieszczeniu lub awarię urządzenia.

**ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MR**

Ja niżej podpisany/-a .....wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego. Mogłem/-am zadawać pytania dotyczące wykonywania procedury.. Otrzymałem/-am wyczerpujące informacje.

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....  
Data i podpis osoby przeprowadzającej WYWIAD przed procedurą MR

**ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MR Z PODANIEM ŚRODKA CIENIUJĄCEGO (KONTRASTU)**

Ja niżej podpisany/-a ..... oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości wystąpienia niekorzystnych następstw po podaniu środka cieniującego (kontrastu) i będąc tego świadomy/-a wyrażam zgodę na wykonanie badania z dożylnym podaniem kontrastu. Mogłem/-am zadawać pytania dotyczące wykonywania procedury kontrastowej. Otrzymałem/-am wyczerpujące informacje.

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

**ZLECENIE LEKARSKIE NA PODANIE ŚRODKA CIENIUJĄCEGO- wypełnia radiolog**

Zlecam podanie.....ml środka cieniującego  
(nazwa, nr serii, dawka kontrastu)

.....  
Pieczętka i podpis lekarza zlecającego

.....  
Data, Pieczętka i podpis pielęgniarki podającej kontrast