

Imię i nazwisko pacjenta:..... PESEL:.....

Numer telefonu pacjenta.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta małoletniego.....

Badana część ciała (wypełnia pracownik pracowni RM).....

Informacja o badaniu Rezonansem Magnetycznym

Rezonans magnetyczny to technika obrazowania medycznego wykorzystuje pole magnetyczne oraz generowane komputerowo fale radiowe do tworzenia wysokiej jakości obrazów tkanek i narządów w ciele. Rezonans magnetyczny obrazuje przekrój ciała bez udziału promieniowania jonizującego. Badanie MR pozwala na wczesną diagnostykę i zaplanowanie leczenia wielu chorób, a obrazy uzyskane w trakcie badania dostarczają niezwykle precyzyjnych informacji.

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Pacjent zostaje ułożony na stole w centrum skanera MRI. Podstawą uzyskania dobrego jakościowo obrazu jest pozostawianie pacjenta w całkowitym bezruchu przez cały okres badania. Czas badania wynosi 20-60 min. Ponieważ urządzenie wydaje głośne odgłosy, na czas badania pacjent ma zakładane słuchawki tłumiące hałas. Podczas badania pacjent ma ciągłą możliwość kontaktu z technikiem i lekarzem - aparat posiada system komunikacji głosowej tzw. Intercom

Do pomieszczenia nie wolno wносить żadnych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta. Do badania prosimy także o ubiór nie zawierający metalowych dodatków (haftki, zapinki, suwaki, metalowe guziki) oraz nie zakładanie biżuterii. Przy badaniu głowy należy usunąć makijaż, gdyż może on pogorszyć jakość obrazowania. Często dla poprawnej diagnozy, konieczne jest podanie dożylnego środka kontrastowego, który może wywołać reakcję alergiczną (bardzo rzadko).

W dniu badania należy nie jeść przez co najmniej 4 godziny przed badaniem. Na badanie należy zgłosić się z oryginalnym skierowaniem oraz dostarczyć dokumentację poprzednich badań obrazowych (opisy, płyty CD, zdjęcia) i dotychczasowego leczenia (karty informacyjne) oraz w przypadku badania z kontrastem posiadać aktualny wynik poziomu kreatyniny i mocznika we krwi.

Alternatywnym sposobem obrazowania (w zależności od badanej części ciała) jest badanie USG oraz tomografia komputerowa. Badanie USG charakteryzuje się jednak mniejszą czułością diagnostyczną. Natomiast badanie metodą tomografii komputerowej ma gorszą rozdzielczość w badaniu np. kanału kręgowego czy tkanek miękkich i obrazy nią uzyskane nie są tak dokładne jak w badaniu MRI. Dodatkowo tomografia komputerowa wykorzystuje w uzyskiwaniu obrazów ciała promieniowanie rentgenowskie.

Opis możliwych powikłań po wykonaniu badania rezonansem magnetycznym

Badanie rezonansem magnetycznym może wywołać potencjalne skutki uboczne przede wszystkim przy niestosowaniu się do przeciwwskazań co do jego wykonania. Takimi przeciwwskazaniami są okoliczności wymienione w ankiecie poniżej. **Przeciwwskazaniem bezwzględnym do wykonania badania MR jest stymulator serca (tylko te które są niedopuszczone do badań w rezonansie magnetycznym), implant słuchowy, pompa insulinowa, implanty z materiałów ferromagnetycznych, metaliczne opiłki w oku.** Przeciwwskazania względne to m.in. klaustrofobia, sztuczne zastawki serca, elektrody, klipsy naczyniowe, ciąża w I trymestrze. Dodatkowymi powikłaniami związanymi z wykonywaniem badania rezonansem magnetycznym mogą być następstwa pozycji leżącej (np. zawroty głowy, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania, duszność). Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/Panu badania zdarzają się bardzo rzadko. Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR oraz wykluczeniu przeciwwskazań do jego wykonania, badanie rezonansem magnetycznym jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.

Opis badania rezonansem magnetycznym z podaniem środka kontrastowego

Decyzję o podaniu środka kontrastowego zawsze podejmuje lekarz na podstawie danych klinicznych ze skierowania, wywiadu z Pacjentem i oceny stanu zdrowia oraz oceny pierwszej fazy badania rezonansem magnetycznym bez kontrastu. Kontrast jest podawany najczęściej dożylnie. W celu podania kontrastu Pacjentowi zakładany jest wenflon (najczęściej w zgięciu łokciowym lub na grzbiecie ręki), przez który podaje się środek kontrastowy. Podawany środek kontrastowy jest oparty o pierwiastek ziem rzadkich (gadolin). Jest to środek niejonowy, niskoosmolarny.

Należy on do środków bezpiecznych w podaniu, z niskim prawdopodobieństwem reakcji anafilaktycznych po ich

podaniu. Niemniej jednak z ich podaniem mogą wiązać się działania niepożądane. Środki kontrastowe podawane w rezonansie magnetycznym nie wchodzi w interakcje z innymi lekami, są wydalane głównie przez nerki.

Opis możliwych powikłań związanych z dożylnym podaniem gadolinowego środka kontrastowego

Ze względu na to, że środek kontrastowy jest zawsze substancją obcą dla organizmu, może ona spowodować reakcje uboczne, jednak częstotliwość ich występowania po podaniu preparatów gadolinowych w rezonansie magnetycznym jest mniejsza niż po podaniu środków jodowych w tomografii komputerowej i są one zwykle łagodne i krótkotrwałe.

Obserwowane działania uboczne po dożylnym podaniu środka kontrastowego mogą:

- Wystąpić w różnym czasie po podaniu (niezwłocznie lub z opóźnieniem nawet wielu godzin)
- Mieć różne nasilenie (lekkie, średniego stopnia i ciężkie, do zatrzymania krążenia, oddychania i zgonu włącznie)
- Powodować reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy miejscowe (obrzęk, zaczerwienienie skóry, świąd) lub powodować reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy ogólnoustrojowe (np. zaburzenia kardiologiczne, arytmie, zaburzenia częstości tętna, ciśnienia krwi; zaburzenia oddechowe – duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli, zaburzenia neurologiczne – zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności, mieszane – zatrzymanie krążenia i oddychania)

Powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynacznieniem środka kontrastowego poza żyłę:

- uszkodzenie naczynia krwionośnego,
- zator lub zakrzep w naczyniu żylnym,
- rozwarstwienie naczynia żylnego i śródściennie podanie środka kontrastowego,
- lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacznienia środka kontrastowego poza żyłę,
- zakrzepica żył powierzchniowych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich.

O objawach jakiegokolwiek powikłania należy niezwłocznie powiadomić personel medyczny.

W trosce o Pana/Pani bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety poprzez zakreślenie odpowiedzi „Tak” lub „Nie”:

Informacje o ciąży i karmieniu piersią (dotyczy kobiet)		
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?	TAK	NIE
Istotne informacje przed wykonaniem MR		
Czy miał Pan/Pani wykonywane wcześniej badanie rezonansem magnetycznym?	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wykonywano Panu/Pani badania ze środkiem kontrastowym?	TAK	NIE
Czy po podaniu środka kontrastowego gadolinowego (MR) wystąpiły powikłania?	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?	TAK	NIE
Proszę wskazać, jeśli posiada Pan/Pani poniższe elementy w ciele:		
Układ stymulujący serce (rozrusznik, kardiowerter)	TAK	NIE
Pompy lekowe (np. insulinowe)	TAK	NIE
Sztuczne zastawki serca	TAK	NIE
Domaciczna wkładka antykoncepcyjna (zawierająca metal),	TAK	NIE
Metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy	TAK	NIE
Neurostymulatory lub inne implantowe stymulatory	TAK	NIE
Metalowe opłuki (szczególnie w gałce ocznej)	TAK	NIE
Implant słuchowy	TAK	NIE
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczepione elementy wewnątrznaczyniowe (np. filtry naczyniowe, spirale embolizujące)	TAK	NIE
Metalowe szwy, stenty, śruby	TAK	NIE
Zastawki komorowe lub rdzeniowe	TAK	NIE
Metalowe elementy stomatologiczne (np. protezę zębową, mostki zębowe, metalowe zęby, aparat ortodontyczny itp.)	TAK	NIE
Inne wszczepione elementy metalowe (jeśli tak, to jakie?)	TAK	NIE
Czy miał Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek operacje/zabiegi ? Jeżeli tak, proszę wymienić jakie.		
.....		

Proszę wskazać, czy cierpi Pan/Pani na poniżej wymienione choroby lub dolegliwości:		
Astmę, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)	TAK	NIE
Choroby układu nerwowego (np. padaczka, udar, nagłe utraty przytomności)	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca	TAK	NIE
Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
Choroby nerek (np. niewydolność dna moczanowa)	TAK	NIE
Cukrzycę	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani uczulenie na leki? Jeżeli tak, jakie?		
.....		

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych pacjentów w Pracowni Rezonansu Magnetycznego w Sanoku

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej „RODO” informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Spółka „G.V.M. Carint Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie (al. Beliny-Prażmowskiego 60, 31-514 Kraków, KRS: 0000296683), zwana dalej: „Administratorem”.
- 2) U Administratora powołano Inspektora ochrony danych osobowych: email: iod@gvmcarint.eu
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez Administratora w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, udzielania świadczeń zdrowotnych (diagnostycznych i leczniczych), zarządzania udzielaniem tych usług i świadczeń, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, oraz diagnozy medycznej i leczenia, a także profilaktyki zdrowotnej. Podstawą prawną przetwarzania pozyskanych danych osobowych jest art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 3 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
W przypadku jeżeli wyraził/a Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, zebrane w ten sposób dane mogą być wykorzystywane w celu skierowania do Pani/Pana komunikacji marketingowej dotyczącej działalności Administratora.
- 4) Podczas świadczenia usług medycznych tworzona jest dokumentacja medyczna, w której odnotowujemy wszystkie informacje dotyczące procesu leczenia, w szczególności są tam informacje o stanie zdrowia, jak również mogą znaleźć się informacje o nałogach. Informacje te są zbierane, gdyż jest to niezbędne do postawienia diagnozy i poprowadzenia w sposób właściwy procesu leczenia.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne tj. przez okres wyznaczony właściwymi przepisami prawa, w tym Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jeżeli jest Pani/Pan naszym pacjentem i utworzyliśmy Pani/Pana dokumentację medyczną, mamy obowiązek przechowywania jej co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu. Jeżeli wyraziła Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy Pani/Pana dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów Pani/Pana dane są usuwane lub poddawane anonimizacji.
- 6) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usuwania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu - w zakresie jakim jest to możliwe na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Żądania w tym zakresie należy kierować do Administratora lub do Inspektora ochrony danych.
- 7) W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Administrator nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych osobowych do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
- 9) Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza RODO. Organem nadzorczym od 25 maja 2018 r. jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 10) Przekazanie Administratorowi Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego Pacjenta, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 3. Jako podmiot leczniczy Spółka jest zobowiązana do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie Pani/Pana danych osobowych lub podanie niepełnych danych osobowych może znacząco utrudnić lub uniemożliwić realizację przez Administratora celów określonych w punkcie 3.
- 11) Z uwagi na konieczność zapewnienia Spółce odpowiedniej organizacji np. w zakresie infrastruktury księgowej, technicznej, informatycznej czy bieżących spraw dotyczących działalności Spółki jako przedsiębiorcy, jak również realizacji Pani/Pana praw jako pacjenta, dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:
 - a) innym podmiotom leczniczym, współpracującym ze Spółką w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności opieki zdrowotnej;
 - b) dostawcom usług zaopatrujących Spółkę w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie jej organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego);
 - c) dostawcom usług prawnych, rachunkowych, kontrolnych i doradczych oraz wspierających Spółkę w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, instytucjom finansowym);
 - d) osobom upoważnionym przez Panią/Pana w ramach realizacji praw pacjenta;
 - e) innym organom publicznym, instytucjom lub podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

W oparciu o udostępnione przez Panią/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania

Oświadczenie Pacjenta:

- | TAK | NIE | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">przeczytałem(-łam) i zrozumiałem(-łam) powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały udzielone mi wszelkie informacje dotyczące rezonansu magnetycznego i podania środka kontrastowego. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">Jestem świadomy (-ma) możliwości wystąpienia powikłań związanych z rezonansem magnetycznym i podaniem środka kontrastowego, a także ograniczonej wartości diagnostycznej badania w razie niewyrażenia przeze mnie zgody na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">Oświadczam, iż miałem(-łam) możliwość, by w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania, a związane z nimi przekazane mi przez personel medyczny dodatkowe objaśnienia zrozumiałem(-łam) i nie mam uwag. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">Oświadczam, że nie zataiłem(-łam) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach i że wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi oraz oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">Oświadczam, że w ciągu 4 godzin nie przyjmowałem pokarmów. |

Świadomie wyrażam zgodę na:

- | TAK | NIE | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Podanie środka kontrastowego do badania rezonansem magnetycznym |

Przed wejściem do sali badań zdejmij i zostaw wszelkie metalowe przedmioty: spinki, zegarki, okulary, biżuterię, aparat słuchowy, telefony, karty, klucze.

.....
PODPIS

Data i podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego Pacjenta,
a w przypadku Pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego