

# SKIEROWANIE DO PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO



**SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1**  
**im dr. A. Jurasza w Bydgoszczy**  
**Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej**  
85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9  
rejestracja tel. 52/585 4688, 52/585 4999, 52/585 4685  
fax. 52/585 4050

-----  
dane jednostki kierującej

data zlecenia	data wpływu skierowania	wyznaczony termin	pieczętka i podpis rejestratorki

## WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

DANE PACJENTA	
Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....	
adres: ..... data urodzenia: .....	
telefon: ..... ciężar ciała: ..... wiek: ..... płeć: .....	
BADANIE	
rozpoznanie kliniczne: ..... ICD-10: .....	
rodzaj badania: ogólne <input type="checkbox"/> angio <input type="checkbox"/> okolica anatomiczna: .....	
co badanie ma wyjaśnić: .....	
poprzednio wykonane badania: .....	badania dołączone do skierowania: .....

## WYPEŁNIA PERSONEL ZAKŁADU RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

BADANIE	
data badania: .....	pieczętka i podpis elektroradiologa: ..... pieczętka i podpis lekarza kierującego: .....
PODANIE ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO	
pieczętka i podpis lekarza kierującego: .....	pieczętka i podpis pielęgniarki: .....
rodzaj środka kontrastującego: ..... objętość (ml): .....	
uwagi: .....	

## Wypełnia lekarz kierujący wspólnie z pacjentem:

- Czy miał Pan/Pani jakikolwiek zabieg operacyjny? Jeżeli tak to jaki?.....
- Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię (lęk przed przebywaniem w małych pomieszczeniach)?
- Czy był Pan /Pani kiedykolwiek zraniony ciałem metalicznym (pocisk, odłamek, opiłek)?
- Czy miał Pan/Pani reakcje uboczne po podaniu środków kontrastujących w badaniu MR lub TK albo po lekach?
- Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową lub alergię wymagającą leczenia?
- Czy jest Pan/Pani po przeszczepieniu wątroby lub oczekuje na przeszczepienie?
- Czy jest Pani w ciąży? Niewskazane jest wykonywanie badania MR w pierwszym trymestrze ciąży.
- Czy ma Pan/Pani jakikolwiek implant medyczny (stymulator lub sztuczną zastawkę serca, neurostymulator, urządzenie do podawania leku, protezę stawu, stent, stentgraft, filtr itp.)?

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>

## INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Badanie rezonansu magnetycznego jest nieinwazyjne i bezbolesne, ale związane jest z hałasem i wymaga pozostania w bezruchu przez dłuższy czas. Badanie trwa od 20 do 60 minut i w zależności od wskazań medycznych może wymagać dożylnego podania środka kontrastującego. Prosimy o dostarczenie wyników poprzednio wykonanych badań obrazowych (USG, RTG, TK, MR, scyntygrafia, PET) w postaci opisu i CD.
2. W przypadku diagnostyki jelita cienkiego i cholangiografii MR pacjent powinien być na czczo, to jest powstrzymać się od jedzenia i picia przez 6 godzin przed badaniem. W dniu badania należy zażyć wszystkie zwykle przyjmowane leki. Przed badaniem pacjent będzie poproszony o usunięcie makijażu, protez zębowych, aparatów słuchowych, okularów i biżuterii.
3. Po podaniu środka kontrastującego może wystąpić uczucie ciepła oraz, w rzadkich przypadkach, inne reakcje uboczne (nudności, wymioty, pokrzywka, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia). Powikłania występują najczęściej w ciągu 30 minut po podaniu środka kontrastującego, w związku z tym po badaniu pacjent pozostaje przez ten okres w pracowni pod obserwacją. U pacjentów z upośledzoną funkcją nerek może wystąpić rzadkie, późne, poważne powikłanie w postaci nerkopochodnego zwłóknienia układuowego. Dlatego do badania wymagane jest dostarczenie aktualnego wyniku pomiaru stężenia kreatyniny we krwi. Wynik oznaczania kreatyniny jest ważny przez 3 mies. Kobietom karmiącym zaleca się przerwanie karmienia piersią na 24 godziny po badaniu, ponieważ środek kontrastujący może przechodzić do mleka.
4. Wynik badania można odebrać osobiście lub przez osobę upoważnioną. Upoważnienie musi być wystawione osobiście przez pacjenta w Rejestracji. Istnieje również możliwość wysłania wyniku drogą pocztową (prosimy o zgłoszenie takiej prośby w Rejestracji).

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe według mojej najlepszej wiedzy. Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość tego formularza i miałem(-am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Zostałem(-am) poinformowany(-a) przez lekarza kierującego o możliwości wystąpienia działań niepożądanych i będąc tego świadomy(-a) wyrażam zgodę na wykonanie ww. badania.

data i podpis pacjenta: .....

*(w przypadku osób niepełnoletnich podpis opiekuna prawnego lub pacjenta i opiekuna)*

Aktualne stężenie

kreatyniny w surowicy: ..... eGFR (wg MDRD): ..... ml/min/1,73 m<sup>2</sup> data badania: .....

pieczętka i podpis lekarza

kierującego i przyjmującego zgodę pacjenta: .....