

Załącznik nr 12

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A.

ZGODA NA BADANIE REZONANS MAGNETYCZNY Z PODANIEM REGADENOZONU

Lubin, dnia.....

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Jestem poinformowany/-a o możliwości wystąpienia zdarzeń niepożądanych związanych z podaniem środka kontrastowego, jakimi są :

- reakcje alergiczne pod postacią: *nudności, wymiotów, zaczerwienienia skóry i uczucia gorąca, reakcji bólowej, dreszczy, gorączki, pocenia, zawrotów głowy, duszności i utrudnionego oddychania, wzrostu ciśnienia krwi, świądu i wykwitów skórnych, kichania, łzawienia aż do reakcji wstrząsowej włącznie.*
- zwiększone ryzyko wystąpienia *nerkopochodnego zwłóknienia układuowego* u osób z niewydolnością nerek.
- wynaczynienie środka kontrastowego, które może prowadzić do: *bólu w okolicy wynaczynienia, zaczerwienienia, stanu zapalnego, martwicy tkanek okolicznych oraz zespołu przedziału (ciasnoty powięziowej).*

Jestem poinformowany o możliwych powikłaniach związanych z podaniem regadenozonu, jakimi są: kołatanie serca, duszność, ucisk w klatce piersiowej, uczucie ciepła, zawroty głowy, niepokój, drżenia, ból głowy, spadek ciśnienia tętniczego krwi, bradykardia, zaburzenia rytmu serca, aż do zawału i zgonu w ekstremalnych przypadkach.

Oświadczam, że przestrzegałem reżimu dietetycznego przed badaniem.

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

Wyrażam zgodę:

- 1. Na badanie MR z użyciem pola elektromagnetycznego o wysokim natężeniu.**
- 2. Na dożylnie podanie środka kontrastowego zawierającego gadolin.**
- 3. Na dożylnie podanie regadenozonu.**
- 4. Na podanie innych leków przez uczestniczącego w badaniu kardiologa w razie wystąpienia takiej konieczności.**

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

Treść podanych informacji jest dla mnie zrozumiała. Miałem/-am możliwość zadawania pytań oraz odpowiednią ilość czasu na zapoznanie się z podanymi informacjami.

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

Przyjęta dokumentacja medyczna:

TAK

NIE

Liczba CD:	Liczba kart informacyjnych:
Liczba opisów:	Inne:

CZYTELNY PODPIS PACJENTA:

Odmawiam dołączenia poprzedniej dokumentacji

/podpis Pacjenta/

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENTACJĘ :

DATA I PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ:

Wypełnia personel medyczny	
Dokument został przyjęty i sprawdzony	UWAGI:
Data..... Podpis.....	