

**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: .....

|                                              |               |
|----------------------------------------------|---------------|
| <b>Wypełnia personel medyczny</b>            |               |
| <b>Dokument został przyjęty i sprawdzony</b> | <b>UWAGI:</b> |
| Data.....                      Podpis.....   |               |