

PRZYGOTOWANIE/ANKIETA DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO PIERSI

1. NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO PIERSI NALEŻY ZABRAĆ ZE SOBĄ:

- dokument tożsamości ze zdjęciem
- dokumentację medyczną (poprzednie badanie USG piersi/ mammograficzne/ rezonans magnetyczny piersi/ karty informacyjne w tym wyniki biopsji i zabiegi operacyjne piersi)

2. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

- do każdego badania – minimum 5 godz. bez jedzenia i picia
- proszę bezwzględnie przestrzegać faz cyklu:
 - pacjentki w okresie przedmenopauzalnym 7-14 dzień cyklu
 - **ODSTAWIĆ HORMONALNĄ TERAPIĘ ZASTĘPCZĄ (HTZ) NA 6-8 TYGODNI PRZED BADANIEM**
 - w przypadku rozpoznania raka lobularnego faza cyklu nie ma znaczenia
- przed badaniem można zażyć leki popijając je niewielką ilością wody niegazowanej

3. DODATKOWE INFORMACJE:

- założyć ubiór z tkanin naturalnych, przewiewnych (nie wskazane są tkaniny, rajstopy z dużą ilością lycry, mogą powodować zakłócenia i zniekształcenia obrazu)
- przed badaniem usunąć makijaż: jeśli Pacjent/ka posiada makijaż permanentny należy poinformować o tym technika obsługującego MR
- przed badaniem należy usunąć protezy zębowe, szpilki do włosów, kolczyki, naszyjniki, zegarki, aparaty słuchowe, okulary itp.
- dwa tygodnie przed badaniem nie należy robić trwałej ondulacji, w dniu badania nie stosować lakieru do włosów

Ważne:

W czasie badania MR badany przebywa w stałym i bardzo silnym polu magnetycznym, **BEZWZGLĘDNYM PRZECIWWSKAZANIEM DO WYKONANIA MR jest obecność metalicznych elementów w ciele np. rozrusznika serca, opłoków metalicznych w oku, wszczepionego aparatu słuchowego, klipsa na naczyniu wewnątrzczaszkowym z materiału z domieszką żelaza itp.**

**PROSZĘ DOKŁADNIE WYPEŁNIĆ ANKIETĘ NA ODWROCIE
I ODDAĆ W PRACOWNI PRZED BADANIEM.**

PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

NAZWISKO I IMIĘ:

Data badania:

godzina:

Nazwisko i imię:		Waga (kg):	
PESEL:		W przypadku braku PESEL data urodzenia	

Proszę zakreślić właściwą odpowiedź:

Czy ma Pan/Pani stymulator serca?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani operacje na sercu?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani operacje brzucha?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani operacje ucha?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani wszczepienie metalicznych implantów (tj. śruby, płytki, gwoździe, protezy, klipsy, stabilizatory itp.)?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani inne elementy metaliczne w ciele np. kula postrzałowa, odłamki, opitki ?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani protezy zębów, implanty zębowe, klamry zębowe, plombi amalgamatowe?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani tatuaż lub makijaż trwały?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani perukę, sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów metalowych?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani aparat słuchowy?	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię – lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani zaawansowaną niewydolność serca?	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na środki kontrastowe, leki, inne substancje?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na poważne schorzenia nerek?	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE

Informacja o możliwych działaniach niepożądanych związanych z dożylnym podaniem środka kontrastowego w badaniach MR i TK

Rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa to zaawansowane metody obrazowania medycznego. Środek kontrastowy, nazywany potocznie kontrastem, jest chemiczną substancją wykorzystywaną w diagnostyce obrazowej. Zastosowanie kontrastu w większości badań MR i TK jest niezbędne w procesie diagnostycznym, pozwala na uzyskanie dokładnych i szczegółowych obrazów. Podanie środka kontrastowego jest zazwyczaj dobrze tolerowane przez pacjentów. Niemniej jednak, w rzadkich przypadkach mogą wystąpić działania niepożądane, ale zwykle mają przebieg łagodny lub umiarkowany i są krótkotrwałe. Po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje alergiczne (w niektórych przypadkach mogą wystąpić późne reakcje uczuleniowe) lub zapalne, jednak korzyści wynikające z podania kontrastu istotnie przewyższają możliwe wystąpienie powikłań. Najczęściej reakcje pojawiają się w ciągu kilku minut od podania środka kontrastowego, ale mogą też wystąpić ze znacznym opóźnieniem. Personel pracowni zna procedurę i algorytm postępowania w przypadku wystąpienia działania niepożądanego po podaniu kontrastu.

Do najczęstszych reakcji po podaniu kontrastu należą:

Reakcje miejscowe: skórne – pokrzywka, zaczerwienienie skóry, wysypka, obrzęk.

Reakcje ogólnoustrojowe:

- **kardiologiczne:** arytmia, zaburzenia częstości tętna, arytmia,
- **oddechowe :** kaszel, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli, duszność, chrypka, uczucie dyskomfortu w gardle
- **pokarmowe:** nudności, wymioty, biegunka
- **neurologiczne:** zaburzenia świadomości, utrata przytomności
- **mieszane:** złe samopoczucie, niewydolność krążeniowo-oddechowa

Powikłania późne: nefropatia pokontrastowa, niewydolność nerek.

Oświadczenie pacjenta i świadoma zgoda pacjenta na wykonanie badania z podaniem, lub bez podania środka kontrastującego

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ankiety, której treść jest dla mnie zrozumiała.

Oświadczam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą

Wyrażam zgodę na badanie metodą Rezonansu Magnetycznego. TAK NIE

Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego w razie zlecenia przez lekarza. TAK NIE

.....
Data

.....
Czytelny podpis Pacjenta lub Przedstawiciela Ustawowego

INFORMACJE DOTYCZĄCE PIERSI

Proszę zakreślić jedną odpowiedź

I. BIOPSJE			
1. Czy były wykonywane biopsje piersi?	TAK		NIE
2. Jeśli tak, to której?	PRAWA	LEWA	OBU
3. Kiedy wykonywana była biopsja/biopsje?	Data:		
4. Czy wystąpiły powikłania po biopsji?	TAK		NIE
5. Czy występują przeciwwskazania do leżenia na brzuchu?	TAK		NIE
II. ZABIEGI OPERACYJNE:			
1. Czy wykonywane były jakiegokolwiek zabiegi	TAK		NIE
Jeśli „TAK” proszę podać datę	Data zabiegu:		
2. Czy wystąpiły powikłania po zabiegach?	TAK		NIE
III. IMPLANTY PIERSIOWE:			
1. Czy były wszczepiane implanty piersiowe	TAK		NIE
2. Rodzaj implantu – wypełnienie - podkreślić rodzaj	silikon	sól fizjologiczna	
3. Czy wykonywano iniekcje podskórne kwasu hialuronowego?	TAK		NIE
IV. WYWIAD RODZINNY:			
1. Czy w rodzinie były przypadki zachorowań na raka piersi?	TAK		NIE
2. Czy potwierdzono u Pani mutację genu BRCA1/BRCA2	TAK		NIE

nr telefonu pacjenta:.....