

## FIȘĂ DE INFORMARE A PACIENTULUI ÎN VEDEREA EFECTUĂRII EXAMENULUI RMN

### Ce este examenul RMN ?

Examenul RMN constă în explorarea cu ajutorul câmpului magnetic și a câmpului de radiofrecvență a unui segment din corpul uman, în funcție de patologia pacientului și la recomandarea unui medic.

### Cum ne pregătim pentru examinarea RMN ?

Pentru investigație, pacientul trebuie să aibă o pregătire specială (diete, examinări prealabile sau medicamente), cu excepția RMN abdominal.

Pentru pacienții care au de efectuat RMN abdomen sau pelvis este indicat să nu mănânce nimic cu 4-6h înainte de investigație, iar cu o zi înainte să nu consume alimente care balonează sau care fermentează.

Pentru pacienții care au RMN de pelvis se recomandă să vină cu 1h înainte de începerea investigației pentru a se începe pregătirea (injectarea cu Scobutil).

Excepție fac și cazurile în care medicul solicită o anumită conduită alimentară înaintea efectuării investigației.

Pacientul poate să își desfășoare activitatea, să își administreze tratamentele curente și să se alimenteze normal.

### **NU ÎNTRERUPEȚI TRATAMENTUL MEDICAMENTOS PRESCRIS DECÂT DACĂ MEDICUL DUMNEAVOSTRĂ CURANT RECOMANDĂ ACEST LUCRU!**

Pacientul va intra în camera de examinare fără bijuterii, ceasuri, carduri bancare, aparate auditive – acestea se pot deteriora din cauza câmpului magnetic puternic sau pot interfera cu acesta.

La momentul prezentării, pacientul va trebui să îmbrace unhalat special pentru consultație, ce îi va fi pus la dispoziție de către personalul Neolife, după caz.

În cazul în care aveți inclus în investigație abdomenul, vă rugăm să vă prezentați cu 30 de minute înainte de ora programării.

În cazul în care aveți inclus în investigație pelvisul, vă rugăm să vă prezentați cu o oră înainte de ora programării.

Investigația RMN nu produce dureri! Vă atragem atenția că, în timpul investigației, trebuie să stați nemișcat pe masa echipamentului, în poziția în care v-a așezat operatorul.

În timpul administrării substanței de contrast, dacă aveți orice simptome, semnalati îndată operatorul.

În cazuri foarte rare pot apărea și alte simptome mai grave: tulburări cardiace (hipotensiune, tulburări de ritm, șoc anafilactic), tulburări respiratorii (congestie nazală, edem laringian), tulburări nervoase (vertij, cefalee, AVC), tulburări renale.

La locul injectării pot apărea dureri locale și inflamații. În cazul injectărilor paravenoase accidentale, apare imediat la locul injectării un hematom însoțit de durere și arsură (aceste simptome trebuie semnalate urgent de către pacient).

În aceste cazuri complicația locală crește direct proporțional cu cantitatea de substanță injectată dacă evenimentul nu este semnalat la timp de către pacient.

Vă atenționăm: dacă în primele 24 de ore, de la administrarea substanței de contrast, constatați orice efect advers (mâncărimi, sufocare, respirație greoaie, dureri de cap), trebuie informat imediat medicul despre investigația RMN efectuată!

**Atenționări speciale :**

- Este important să ne preveniți dacă sunteți însărcinată. Examinarea este contraindicată în primul trimestru de sarcină.
- Este total contraindicată intrarea în camera magnetului cu materiale feromagnetice. Vă rugăm să informați personalul nostru dacă aveți implanturi metalice: pacemaker cardiac, stent, valve cardiace, materiale stomatologice, clip post-colecistectomie, piercing, sterilet, implant auditiv, tije ortopedice, alte metale.
- Dacă aveți implanturi metalice non-feromagnetice trebuie să prezentați documente scrise asupra naturii implantului (eliberate de medicul care a făcut implantul – semnat și parafat)
- Nu este admisă intrarea în camera magnetului cu ceas, carduri, monede, ace, bolduri, agrafe.
- În anumite cazuri este necesară efectuarea examenului cu substanță de contrast (substanță, care se administrează intravenos și determină ‘opacifierea’ anumitor structuri anatomice, asigurând o mai bună vizibilitate a acestora), decizia administrării substanței de contrast este luată de medicul radiolog la începutul sau pe parcursul investigației, în funcție de patologia existentă.

Posibilitatea reacțiilor alergice la substanță de contrast este foarte mică, dar pentru a evita eventualele incidente vă rugăm să precizați dacă sunteți alergic. Subsemnatul .....în nume propriu/ în calitate de reprezentant legal al pacientului..... îmi exprim în mod liber consimțământul pentru efectuarea examenului RMN, de către dr .....

- Declar ca am studiat și am înțeles Fișa de Informare ce mi-a fost înmănată.
- Mi s-au prezentat atât riscurile asociate cât și riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricât de mic de deces), dar și consecințele potențiale ale neefectuării investigației, consecințele pe care le presupune investigația cât și riscurile pe care le impun investigațiile speciale ce fac parte din investigația care urmează să fie efectuată.
- Declar că sunt constient/ă de aceste riscuri și le accept în totalitate, întrucât scopul investigațiilor sunt în spre binele meu/pacientului al cărui reprezentant legal sunt.
- Declar că am primit răspunsuri detaliate adresate personalului medical, explicații pe care le-am înțeles în totalitate și pe care le consider, în cunoștință de cauză, suficiente pentru a putea lua o decizie corectă asupra necesității investigației alese, astfel cum este menționat prin prezentul Consimțământ.
- Am fost informat cu privire la dreptul de a opri investigația oricând.
- De asemenea, sunt de acord cu administrarea orală/i.v., la nevoie a unor tratamente medicamentoase, în scopul prevenirii/tratării unor eventuale reacții alergice (Aerius, Hydrocortisone Succinat Sodic, Ventolin, Adrenalină) sau pentru îmbunătățirea anumitor regiuni anatomice (No-Spa, Scobutil).

SEMNĂTURĂ .....

## BIFATI RASPUNSUL CORECT

- Suferiti de claustrofobie?  DA  NU
- Aveti implanturi metalice (pacemaker cardiac,clipuri vasculare, implant auditiv, piercing, clip post-colecistectomie, tije metalice ortopedice, sterilet, corpi straini intraoculari)?  DA  NU
- Ati mai primit substanta de contrast?  DA  NU
- Daca ati raspuns DA,ati avut reactiialergicelasubstantadecontrast?  DA  NU
- Va stiti alergic la praf, polen,pulberi,intepaturi de albine, iod, penicilina, alte medicamente?  
Alte alergii :.....  DA  NU
- Subliniati afectiunile de care suferiti: Astm bronic/ rinita alergica/ epilepsie/ diabet zaharat/ boli inima / insuficienta renala / insuficientahepatica
- Ati efectuat interventii chirurgicale ?  DA  NU  
Denumirea interventiei, anul .....
- Ati facut chimioterapie (nr. sedinte.....)Data ultimei cure.....  DA  NU
- Ati facut radioterapie? (nr. sedinte.....)Data ultimei cure.....  DA  NU
- Ati facut tratament hormonal? Data inceperii.....  DA  NU
- SUNTETI INSARCINATA?**  DA  NU

### CONSIMTAMANT INFORMAT IN VEDEREA EFECTUARII EXAMENULUI RMN

Semnatura mea pe acest document inseamna ca:

- am citit si am inteles informatiile din formularul "FISA DE INFORMARE A PACIENTULUI IN VEDEREA EFECTUARII EXAMENULUI RMN" privind examinarea .....
- am avut posibilitatea sa pun intrebari lamuritoare si am primit raspunsuri legate de examinare si administrarea substantei de contrast (daca este cazul)
- declar ca am inteles procedura si am fost informat asupra riscurilor si beneficiilor acesteia cat si asupra riscurilor si beneficiilor procedurilor alternative
- autorizez si consimt efectuarea examinarii

#### **Bifati optiunea dumneavoastra referitor la administrarea substantei de contrast:**

- Sunt de accord cu administrarea substantei de contrast
- Nu sunt de accord cu administrarea substantei de contrast si imi asum riscul neefectuării investigatiei complete recomandate de medic

Nume/ Prenume \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_

Greutate \_\_\_\_\_ Semnatura Pacientului \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_