

**Świadoma zgoda na wykonanie badania
rezonansu magnetycznego miednicy mniejszej z podaniem leku hioscyny**

Hioscyna jest bezpiecznym, powszechnie stosowanym lekiem rozkurczowym. Podanie hioscyny przed badaniem rezonansu magnetycznego pozwala ograniczyć ruchy perystaltyczne jelit i przez to zredukować artefakty ruchowe na uzyskanych obrazach, co znacznie zwiększa dokładność badania. Proszę o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań umożliwiających ograniczenie ryzyka powikłań i efektów ubocznych po podaniu leku (właściwą odpowiedź zaznaczyć w kółko). Czy występują u Pani;

jaskra?	Tak	Nie
zwężenie w obrębie przewodu pokarmowego (achalazja)?	Tak	Nie
zaburzenia rytmu serca (inne niż migotanie przedsionków)?	Tak	Nie
dławica piersiowa (astma)?	Tak	Nie
lewokomorowa niewydolność serca?	Tak	Nie
rozszerzenie okrężnicy?	Tak	Nie
myasthenia gravis? choroba charakteryzująca się nadmierną męczliwością i osłabieniem siły mięśni	Tak	Nie
czy w przeszłości występowały reakcje uczuleniowe na atropinę lub hioscynę?	Tak	Nie

Lek może powodować przejściowe zaburzenia ostrości widzenia, zwykle ustępujące w ciągu ok. 45 minut. W przypadku wystąpienia tych objawów należy powstrzymać się od prowadzenia pojazdów mechanicznych do czasu ich ustąpienia. Reakcje alergiczne występują bardzo rzadko.

Ja niżej podpisana potwierdzam, że zapoznałam się z treścią tego formularza i jest ona dla mnie zrozumiała, a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego poniosę osobiście. Otrzymałam pełną informację o przebiegu badania, a wszelkie wątpliwości w tym zakresie zostały mi wyjaśnione w sposób dla mnie zrozumiały. Przedstawiono mi korzyści wynikające z badania, które pozwolą na zastosowanie diagnostyki o wyższym stopniu obrazowania oraz dokładniejszą ocenę zaawansowania procesu chorobowego jak również odpowiedzi na zastosowane leczenie.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na badanie z podaniem leku hioscyny

Kielce, dnia

.....

Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

W przypadku braku zgody na badanie z podaniem leku hioscyny przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.

Pacjent nie jest w stanie podjąć świadomej decyzji z powodu:	Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o sposobie badania i powikłaniach mogących powstać w wyniku przeprowadzonych procedur i zlecam podanie leku: Nazwa: _____ Dawka: _____ Sposób podania: _____	Godzina podania leku _____
..... Data, pieczętka i podpis lekarza nadzorującego Data, pieczętka i podpis lekarza nadzorującego Pieczętka i podpis pielęgniarki

* - zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź