

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (zákonného zástupce)
s vyšetřením na
MAGNETICKÉ REZONANCI

Údaje o pacientovi:

Jméno a příjmení.....

R.č.....

Pojišťovna.....

U nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům

vyplní zákonný zástupce pacienta nebo svědek, který byl přítomen projevu souhlasu (nemůže-li se pacient podepsat):

Jméno a příjmení.....R.č.....

Bydliště.....

Důvody, proč než pacient nemohl souhlas podepsat:.....

.....

.....

Vyšetření na MR je bezpečné, velkou pozornost je však potřeba věnovat kovovým a elektronickým cizím tělesům ve Vašem těle. S některými vyšetření podstoupit lze, s některými jen při splnění určitých podmínek (např. uvedených ve specifikacích výrobce), některá cizí tělesa do MR vyšetřovny nesmí. Jejich přítomnost představuje závažné ohrožení Vašeho zdraví!

Věnujte proto, prosím, pozornost následujícím otázkám. Zakroužkujte ANO nebo NE.

Nacházejí se ve Vašem těle:

- Elektronické implantáty nebo jejich součásti? (kardiostimulátor, defibrilátor, elektrody ponechané po vyjmutí kardiostimulátoru, infusní nebo inzulinová pumpa, monitor intrakraniálního tlaku, kochleární implantát, neurostimulátor apod.)
ANO NE
- Aneurysmatické cévní svorky (klipy) ANO NE
- Kovové cizí těleso v oku nebo v nitrolebí ANO NE
- Stent (cévní výstuž), žilní filtr, kovový embolizační materiál, okludér apod.
ANO NE
- Náhrada srdeční chlopně ANO NE
- Kovové kloubní náhrady (TEP), kov po operaci zlomeniny kosti, po operaci páteře apod.
ANO NE
- Jiné kovové materiály (svorky po operacích břicha/hrudníku, střepey, špony, náboje apod.)
ANO NE
- Rovnátko, zubní protézy, můstek ANO NE

- | | | |
|---|--------------|----|
| • Piercing, tetování | ANO | NE |
| Trpím klaustrofobií (strachem z uzavřených prostor) | | |
| | ANO | NE |
| Mám astma, alergii | ANO (jakou?) | NE |
| Mám alergii na kontrastní látku/léky | ANO (jakou?) | NE |
| Trpím onemocněním ledvin | ANO | NE |
| Léčím se s prostatou, zeleným zákalem (glaukom), cukrovkou, astmatem, epilepsií, jsem po transplantaci orgánů | ANO | NE |
| Pro ženy: | | |
| • Jste těhotná? Pokud ano, v jakém měsíci? | ANO | NE |
| • Kojíte? | ANO | NE |
| • Máte zavedené nitroděložní tělísko (antikoncepci)? | ANO | NE |

Pokud jste u jakékoliv otázky odpověděl/a ANO, upozorněte na to ihned zdravotnický personál MR pracoviště!

Zde nebo výše v dotazníku, čitelně doplňte údaje – rok implantace nebo operace, místo uložení kovového tělesa ve Vašem těle:

.....

.....

.....

Povaha vyšetření, jeho rizika a postup při výkonu

Magnetická rezonance (MR) je zobrazovací vyšetřovací metoda, která není založena na ionizujícím (rentgenovém) záření, ale využívá magnetické pole. Její škodlivé biologické účinky nebyly dosud prokázány. Přesto je v těhotenství (zvl. v jeho prvních 3 měsících) pokládána za rizikovou v zájmu ochrany vývoje plodu.

Přítomnost magnetického pole vyžaduje zachování přísných bezpečnostních pravidel, a to zejména pro ochranu Vašeho zdraví. Jakékoliv kovové předměty mohou způsobit úraz Vám nebo personálu a někdy i poškození přístroje! Před vstupem do vyšetřovny odložte v kabině hodinky, klíče, mince, šperky, vlásenky, opasek, naslouchadla, brýle, snímatelné zubní náhrady, bankovní karty, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky apod.! K vyšetření přicházejte bez kontaktních čoček, nalíčení, řasenek, make-upu, pudrů, vlasových gelů, laků apod.. U vyšetření břicha nejezte a nepijte 2 hodiny před vyšetřením.

Během vyšetření budete slyšet hluk, který MR přístroj vydává, a také můžete mít pocit mírného tepla ve vyšetřované oblasti Vašeho těla. Tyto průvodní jevy jsou běžné a provází většinu výkonů – proti hluku bude Váš sluch chráněn sluchátky nebo ušními ucpávkami. Celé vyšetření trvá 20-60 minut. Po tuto dobu je nutno ležet klidně a nehybat se, protože každý pohyb vede ke znehodnocení

obrazů! Při jakékoliv nevolnosti nebo nepříjemných pocitech můžete ihned kontaktovat personál MR pracoviště pomocí signalizačního zařízení.

V některých případech je nutná nitrožilní aplikace kontrastní látky, o které rozhoduje vyšetřující lékař. Alergické reakce na kontrastní látky užívané při MR jsou velmi vzácné a MR pracoviště jsou vybavena k jejich zvládnutí. Pokud by se po vyšetření s kontrastní látkou dostavily možné projevy alergie (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) až mimo areál MR, okamžitě uvědomte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo (po ambulantním MR vyšetření) lékařskou pohotovostní službu! Kojící matky po vyšetření s kontrastní látkou přeruší kojení na 24 hodin.

Na vyšetření střev (MR enterografie) přijďte nalačno, 1,5 hodiny před časem vyšetření. V čekárně dostanete k přípravě tenkého střeva vypít přibližně 1800 ml tekutiny, v průběhu vyšetření dále do žíly 20-40 mg Buscopanu a kontrastní látku.

MR artrografie kloubu – účelem vyšetření je získání vyššího tkáňového kontrastu a detekce některých patologických stavů, které se nedají diagnostikovat bez aplikace směsi kontrastní látky intraartikulárně (do kloubu). K aplikaci směsi kontrastní látky dochází před vlastním MR vyšetřením, látku za aseptických podmínek aplikuje lékař pod rtg kontrolou jehlou do kloubní dutiny. Při a po aplikaci můžete mít nepříjemné pocity v oblasti kloubu, pocit tlaku anebo zatuhnutí.

Omezení po provedeném výkonu

Při normálním průběhu vyšetření nejsou.

Alternativní možnost výkonu

Záleží na povaze onemocnění a vyšetřované oblasti – pro některé typy onemocnění není rovnocenná alternativní metoda. Alternativou můžou být CT, ultrazvuk, angiografie a další.

Právo odmítnout navrhovaný výkon (vyšetření)

Po rozhovoru s lékařem máte právo nesouhlasit s výkonem (vyšetřením). Pokud souhlas nebude dán, lékař Vám vysvětlí možné následky odmítnutí a učiní záznam, který oba podepíšete.

Prohlášení pacienta (zákonného zástupce)

Byl/a jsem seznámen/a s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Na výše uvedené otázky jsem odpověděl/a pravdivě a nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí.

Souhlasím, pokud to bude pro navazující diagnostický či léčebný postup nezbytné, s předáváním nálezů a dat dalším lékařům, zdravotnickým zařízením a zdravotním pojišťovnám v rozsahu, který povoluje zákon na ochranu dat.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkonu nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a, nemám žádné další dotazy.

Souhlasím s vyšetřením ANO – NE

Souhlasím s případným podáním kontrastní látky ANO – NE

V Jindřichově Hradci dne.....

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce.....

Příjmení a podpis zdravotníka MR oddělení, který provedl poučení.....

Vyplňte v případě, že pacient není schopen pro svůj zdravotní stav informovaný souhlas podepsat:
Důvod, pro který nemohl pacient souhlas podepsat:

Způsob projevu souhlasu:

kývnutím hlavy gestem..... očíma jinak.....

Jméno a příjmení svědka..... Datum narození.....

Podpis svědka.....