

INFORMOVANÝ S O U H L A S

s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)

Jméno a příjmení pacienta/pacientky ¹	Rodné číslo
Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka ² - u zák. zástupce příbuzenský vztah	
Označení zdravotního výkonu/typ výkonu	
Vyšetření magnetickou rezonancí (MR) diagnostický výkon	

1. INFORMACE O VYŠETŘENÍ

Magnetická rezonance (MR) je zobrazovací metoda bez použití rentgenového záření, využívá principu silného magnetického pole. Cílem vyšetření je získání obrazů vyšetřovaných orgánů a tkání a tím pomáhá diagnostikovat příčiny nemocí nebo kontroluje již známé změny. Vyšetření je nebolestivé, je však doprovázeno silnými zvukovými efekty (úder, klepání). Vyšetření trvá zhruba 20-50 minut. V případě speciálních vyšetření může trvat i déle. V některých případech je během vyšetření nutné podat nitrožilně kontrastní látku k lepšímu zobrazení struktur. Před vyšetřením není nutná příprava (mimo vyšetření břišních a pánevních orgánů – informace poskytne odesílající lékař). DO MR VYŠETŘOVNY SE NESMÍ VSTOUPIT S ŽÁDNÝMI KOVOVÝMI PŘEDMĚTY. Volné kovové předměty jsou přitahovány silným magnetickým polem a mohou způsobit vážné poranění přítomných osob a poškození přístroje. Z tohoto důvodu je nezbytné odložit všechny kovové šperky, piercingy, hodinky, spony, klíče, mince, peněženky, mobilní telefony, brýle, naslouchátka, snímatelné zubní protézy a jiné. Postup: Vyšetření probíhá na speciálním pohyblivém lůžku přístroje vleže. Po dobu vyšetření je nutné se nehýbat a dle pokynů personálu v případě potřeby plnit dechové povely. O případných potížích budete moci informovat personál signalizačním balónkem.

2. KONTRAINDIKACE A RIZIKA

- Absolutní kontraindikace (MR nesmí být provedena):
 - kardiostimulátor/kardioverter/defibrilátor (ICD)
 - kochleární implantát, neurostimulátor
 - aneurysmatická cévní svorka
 - kovové předměty v oku
- Relativní kontraindikace:
 - jakýkoliv kovový materiál v těle méně než 6 týdnů po operaci
 - 1.trimestr těhotenství
- Rizika výkonu:
 - strach z uzavřených prostor (klaustrofobie) – v případě panické ataky je vyšetření ukončeno
 - poškození zdraví pacienta či personálu feromagnetickými předměty, které se dostaly do MR vyšetřovny
 - po aplikaci kontrastní látky může vzniknout alergická reakce s různou intenzitou příznaků (vyrážka, nevolnost, dýchací obtíže...)

3. DOTAZNÍK

Mám kardiostimulátor/defibrilátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce?	ANO	NE
Měl/a jsem dříve kardiostimulátor nebo jiný přístroj a zbyly mi v těle elektrody?	ANO	NE
Mám kovovou náhradu srdeční chlopně?	ANO	NE
Mám kochleární implantát (naslouchadlo pro podporu slyšení)?	ANO	NE
Mám v těle nějaký jiný kovový přístroj (inzulinovou pumpu...)?	ANO	NE
Mám v těle cévní svorky, klipy po operaci (mozku, žlučníku, cév, prostaty...)?	ANO	NE
Mám v těle kovovou kloubní či kostní náhradu (umělé klouby, šrouby, dlahy...)?	ANO	NE
Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa (střepiny, špony, náboje...)?	ANO	NE

¹ Vlepit štítek nebo vepsat.

² Nehodící se škrtněte.

Mám v těle stenty nebo jiné kovové předměty v cévách (žilní filtry, embolizační materiál..)?	ANO	NE
Mám v ústech snímatelné kovové součásti zubní náhrady, můstky, rovnátka?	ANO	NE
Jsem po operaci páteře (jakékoliv)?	ANO	NE
Pracoval jsem někdy s kovy (kovoobrábění, nastřelování..)?	ANO	NE
Mám nesnímatelný piercing, tetování s kovem nebo permanentní make-up ?	ANO	NE
Mám alergii na jakýkoliv lék, dezinfekci či kontrastní látku?	ANO	NE
Trpím onemocněním ledvin (jejich sníženou funkcí)?	ANO	NE
Trpím klaustrofobií (strachem z uzavřeného prostoru)? <i>Pokud ano, sjednejte si prosím medikaci s odesílajícím lékařem</i>	ANO	NE
Léčím se se zeleným zákalem či zvýšeným nitroočním tlakem?	ANO	NE
U žen: máte nitroděložní tělísko?	ANO	NE
U žen: jste těhotná? V případě že ANO, udejte prosím týden/měsíc těhotenství	ANO	NE
Podstoupil/a jsem již v minulosti MR vyšetření? Pokud ANO: • v jakém zařízení: _____ • jaké vyšetření: _____	ANO	NE

V případě, že máte v těle kovové předměty po úrazu/operaci uveďte prosím časový údaj od kdy (měsíc/rok) :

V PŘÍPADĚ DOTAZŮ ČI NEJASNOSTÍ KONTAKTUJTE RECEPCI RDG TEL: 481 551 310

Pacient/pacientka (zákonný zástupce/opatrovník):

1. Přečtěte si pozorně tento informovaný souhlas vysvětlující podstatu navrhovaného výkonu.
2. Pokud jste plně nerozuměl/a vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) byl poučen o svém právu klást doplňující otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženým zdravotním výkonem souhlasí, či nikoli, a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních výkonů, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) prohlašuje, že podaným informacím rozumí, nemá žádné otázky ani nejasnosti a vyslovuje svůj svobodný a informovaný souhlas s uvedenými zdravotními výkony. Současně prohlašuje, že na všechny otázky obdržel srozumitelnou odpověď a vyslovuje souhlas s provedením dalších zde neuvedených výkonů, bude-li to potřebné pro ochranu života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. Pacient byl informován a vzal na vědomí, že předmětným zákrokem nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta/pacientky případně zákonného zástupce/opatrovníka ³	V Jilemnici dne:
Jméno, příjmení (jmenovka) a podpis lékaře	V Jilemnici dne:

Pacientovi/pacientce bránily v podpisu tohoto informovaného souhlasu tyto důvody:

☐ Svou vůli projevil/a tak, že

☐ Pacient/pacientka se nemohl/a osobně vyjádřit

Svědék, který byl přítomen projevu vůle k souhlasu

Jméno, příjmení	Podpis	V Jilemnici dne:

³ Nehodící se škrtněte.