

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 silné magnetické pole. Cílem vyšetření je získání obrazů vyšetřovaných orgánů a tkání a tím pomáhá odhalovat příčiny nemocí nebo kontroluje již známé změny. Vyšetření je nebolestivé, je však provázeno silnými zvukovými efekty (úder, klepání) a trvá 15-45 min. V případě některých speciálních vyšetření může trvat i déle. V některých případech je během vyšetření nutné podat nitrožilně malé množství kontrastní látky k lepšímu zobrazení některých struktur.

Před vyšetřením není nutná příprava (mimo vyšetření břicha). Do MR vyšetřovny se nesmí vstoupit s žádnými kovovými předměty, volně letící kovové předměty mohou způsobit vážné poranění přítomných osob a poškození přístroje. Z tohoto důvodu je nezbytné odložit všechny šperky, spony, vlásenky, hodinky, klíče, mince, bankovní karty, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky, brýle, snímatelné zubní protézy, naslouchadla, piercing....

Postup vyšetření: položíte se na vyšetřovací stůl, který s vámi zajede do „tunelu“. Po dobu vyšetření je nutné se nehýbat a dle pokynů personálu na chvíli zadržet dech. Pro případ, že budete mít při vyšetření nějaké potíže, budete mít v ruce signální balónek, jehož zmáčknutím přivoláte personál. Respektujte prosím jeho pokyny po celou dobu vyšetření! U dětí či osob se strachem z uzavřených prostor (klaustrofobie) může být podán lék na zklidnění. Po vyšetření s kontrastní látkou je nutné u ambulantních pacientů vyčkat v čekárně cca 20 min. se zajištěnou žílou pro případ komplikace po výkonu.

Absolutní kontraindikací (tj. že nemůže být provedeno) k MR vyšetření je:

- kardiostimulátor/kardioverter/defibrilátor (ICD)/ponechané elektrody
- elektronický implantát (kochleární, inzulinová pumpa), neurostimulátor
- aneurysmatická cévní svorka
- jiný než prokazatelně nemagnetický kovový materiál intrakraniálně či intraorbitálně

Relativní kontraindikace:

- kovový materiál v jiné lokalizaci (stenty, žilní filtry, embolizační materiál, okludery – méně než 6 týdnů po operaci), 1. trimestr těhotenství

¹ Vlepit štítek nebo vepsat.

² Nehodící se škrtněte.

K provedení vyšetření potřebujeme Váš písemný souhlas a také potřebujeme znát některé údaje, vyplňte proto následující dotazník.

Byl/a jsem poučen/a, že lékařem doporučený výkon je neškodný ke tkáním lidského těla, ale má svá rizika v případech přítomnosti některých kovových předmětů v lidském těle. Proto zde odpovídám pravdivě a s vědomím ohrožení mého zdraví i života v případě nesprávné odpovědi. Prosím zakroužkujte správnou odpověď:

2. Dotazník

Mám kardiostimulátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce	ANO	NE
Měl/a jsem dříve kardiostimulátor nebo jiný přístroj a zbyly mi elektrody	ANO	NE
Mám aneurysmatickou cévní svorku (klip)	ANO	NE
Mám kochleární implantát (pro podporu slyšení)	ANO	NE
Mám kovovou náhradu srdeční chlopně	ANO	NE
Mám v těle nějaký jiný přístroj (inzulinovou pumpu,...)	ANO	NE
Mám v těle cévní svorky po operaci	ANO	NE
Mám v těle kovovou kloubní náhradu nebo kov po operaci zlomeniny kosti	ANO	NE
Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa po úrazu (střepiny, špony, náboje,...)	ANO	NE
Pracoval jsem někdy s kovy (kovoobrábění, nastřelování,...)	ANO	NE
Mám v ústech kovové součásti zubní náhrady nebo kovová rovnátka	ANO	NE
Mám v těle stenty nebo jiné předměty v cévách (žilní filtry, embolizační materiál	ANO	NE
Jsem po operaci žlučníku nebo žlučových cest a mám v břiše svorky	ANO	NE
Jsem po operaci páteře (jakékoliv)	ANO	NE
Mám nesnímatelný piercing nebo tetování s kovem, permanentní make-up	ANO	NE
Mám nitroděložní tělísko	ANO	NE

Dále prosím odpovězte na tyto otázky:

Trpím klaustrofobií (strachem z uzavřeného prostoru)	ANO	NE
V případě že ano, potřebuji celkové uspání? (nutno oznámit předem!)	ANO	NE
Trpím onemocněním ledvin	ANO	NE
U žen: jsem těhotná? V případě že ano, udejte prosím týden	ANO	NE
Mám alergii na jakýkoliv lék či kontrastní látku?	ANO	NE

Podpis pracovníka MR, který provedl kontrolu odpovědí na otázky v tabulce:

.....

3. Rizika výkonu

- vyšetření se nedoporučuje provádět u žen v prvním trimestru těhotenství
- po aplikaci kontrastní látky může vzniknout alergická reakce s různou intenzitou příznaků (kopřivka, nevolnost, bušení srdce, dýchací potíže) – personál je obeznámen s metodikou první pomoci
- u pacientů s onemocněním ledvin může dojít k rozvoji závažného onemocnění pojiva – nefrogenní systémové fibróze
- strach z uzavřeného prostoru – klaustrofobie – v případě panické reakce je vyšetření ukončeno
- poškození zdraví pacienta či personálu feromagnetickými předměty, které se dostaly do MR vyšetřovny

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a že jsem pravdivě odpověděl/a na otázky. Výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Vyšetření magnetickou rezonancí s případným podáním kontrastní látky nitrožilně

Pacient/pacientka (zákonný zástupce, opatrovník):

1. Přečtěte si pozorně tento informovaný souhlas vysvětlující podstatu navrhovaného výkonu.
2. Pokud jste plně nerozuměl/a vysvětlení nebo potřebujete doplňující informace, zeptejte se.
3. Pokud souhlasíte s textem dokumentu, podepište jej.

Pacient (jeho zákonný zástupce/opatrovník) byl poučeno 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. Bere na vědomí, že zdravotní výkon nemusí být proveden ošetřujícím lékařem. Pacient (jeho zákonný zástupce/opatrovník) prohlašuje, že podaným informacím rozumí, nemá žádné otázky a ni nejasnosti a vyslovuje svůj svobodný a informovaný souhlas s uvedeným zdravotním výkonem. 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.

Podpis pacienta/pacientky případně zákonného zástupce/opatrovníka³	V Jilemnici dne:
Jméno, příjmení (jmenovka) a podpis odesílajícího lékaře, který provedl poučení a kontrolu odpovědí na otázky	V Jilemnici dne:

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

.....

Svou vůli projevil/a tak, že

.....

Svědék, který byl přítomen projevu vůle k souhlasu:

Jméno, příjmení	Podpis	V Jilemnici dne:

V případě dotazů či nejasností volejte recepci RDG oddělení 481 551 310

³ Nehodící se škrtněte.