

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА ПРОВЕДЕННЯ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Дані пацієнта / клієнта:

Ім'я та прізвище.....
Ідентифікаційний номер («родне число» в ЧР)
Місце проживання.....
Зріст Вага.....
Медична страхова компанія

Шановна пані, шановний пане,

у межах надання медичної допомоги або науково-дослідницької програми Вас було направлено на обстеження методом магнітно-резонансної томографії у нашому закладі.

Наступний документ призначений для того, щоб Ви мали можливість детальніше ознайомитися з цим методом обстеження та отримали інформацію в обсязі, необхідному для його проведення.

Що таке магнітно-резонансна томографія:

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) – це візуалізаційний метод обстеження, який не ґрунтується на іонізуючому (рентгенівському) випромінюванні, а використовує магнітне поле. На сьогодні не доведено жодного негативного впливу МРТ на організм людини.

Проте, під час вагітності (особливо в перші 3 місяці) це обстеження вважається потенційно ризиковим, з огляду на максимальний захист розвитку плода.

Підготовка до обстеження магнітно-резонансною томографією:

- Під час обстеження у приміщенні не повинно бути жодних металевих предметів (навіть немагнітних). Тому необхідно залишити всі прикраси, металеві пряжки, шпильки тощо в роздягальні. Перед входом до кабінети слід перевірити, чи не залишилися у вашому одязі будь-які металеві предмети. Якщо вони є частиною одягу, необхідно повідомити про це персонал МРТ.
- Жінкам рекомендується не наносити туш для вій перед обстеженням.

Перебіг обстеження

Обстеження триває приблизно 20-60 хвилин. Протягом цього часу необхідно лежати спокійно та не рухатися, оскільки будь-який рух може призвести до погіршення якості зображення.

У разі будь-якого нездужання або неприємних відчуттів Ви можете негайно зв'язатися з персоналом МРТ-кабінету за допомогою сигнального пристрою.

Побічним ефектом обстеження є шум, пов'язаний із роботою апарата. Однак він ефективно приглушується навушниками, які під час обстеження повністю захищають Ваш слух.

У деяких випадках необхідне внутрішньовенне введення контрастної речовини, про що вирішує лікар, який проводить обстеження. Алергічні реакції на контрастні речовини, що застосовуються при МРТ, трапляються дуже рідко, а МРТ-відділення оснащені всім необхідним для їхнього лікування.

Якщо після обстеження з контрастною речовиною у вас з'являться якісь прояви алергії (шкірний висип, нудота, задишка) поза межами МРТ-відділення, негайно повідомте свого лікуючого лікаря або зверніться до служби невідкладної медичної допомоги!

Коли обстеження неможливо проводити:

У нашому закладі НЕМОЖЛИВО провести обстеження пацієнтам з імплантованим кардіостимулятором або дефібрилятором (пристроєм для серця).

Також обстеження не можна проводити пацієнтам з імплантованими предметами з намагнічуваного металу, такими як вушні імпланти, металеві кліпси після операцій мозку або металеві уламки після травм у будь-якій частині тіла.

Імплантовані суглобові протези зазвичай не є перешкодою для обстеження, проте необхідно повідомити про них персонал МРТ-відділення.

Важкі захворювання нирок можуть бути протипоказанням до введення контрастної речовини, тому це необхідно повідомити персоналу МРТ-відділення.

Будь ласка, підтвердіть, обвівши відповідь, чи наявні у Вас перелічені пункти:

Кардіостимулятор	Так	Ні
Імплантований кардіовертер-дефібрилятор	Так	Ні
Кохлеарний (вушний) імплантат	Так	Ні
Клаустрофобія (страх замкнених просторів)	Так	Ні
Нейростимулятор	Так	Ні
Інсулінова помпа	Так	Ні
Протези клапанів серця	Так	Ні
Судинні кліпси	Так	Ні
Емболізаційні спіралі	Так	Ні
Внутрішньоматкова спіраль	Так	Ні
Металеві суглобові протези	Так	Ні
Металеві уламки	Так	Ні
Металеві імплантати після операцій на кістках	Так	Ні
Пірсинг	Так	Ні
Зубний протез	Так	Ні
Татуювання	Так	Ні
Контактні лінзи	Так	Ні
Брекети	Так	Ні
Ви вагітні, годуєте груддю?	Так	Ні
Чи маєте захворювання нирок?	Так	Ні

Якщо Ви відповіли «ТАК» на будь-яке із запитань, необхідно повідомити про це персонал відділення магнітно-резонансної томографії!

Інформація в цьому опитувальнику належить до особливо чутливих персональних даних, що підлягають як лікарській таємниці, так і всім нормам щодо захисту персональних даних.

Вона призначена виключно для інформування лікарів, які у разі несподіваних проблем зі здоров'ям будуть змушені надати Вам невідкладну медичну допомогу. Без Вашої згоди зазначені дані не можуть бути передані третім особам.

Будь ласка, заповнюйте цей формуляр уважно, оскільки він є важливим джерелом інформації про Ваш стан здоров'я та можливі медичні ризики.

З введенням контрастної речовини **ПОГОДЖУЮСЬ**

НЕ ПОГОДЖУЮСЬ

Prohlášení odborného pracovníka magnetické rezonance: Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o provedení vyšetření magnetickou rezonancí.

Podpis lékaře / radiologického asistenta:.....

Згода пацієнта:

Я, нижчепідписаний(а), заявляю, що був(ла) поінформований(а) про мету, характер, наслідки, ризики та можливі ускладнення, пов'язані з МРТ-обстеженням. Надану інформацію я повністю зрозумів(ла).

Підтверджую, що всі наведені мною в цьому документі дані є правдивими, і я не приховав(ла) жодних важливих обставин, які могли б перешкоджати проведенню обстеження.

У разі виникнення ускладнень погоджуюся на проведення всіх необхідних медичних втручань, спрямованих на їх усунення та збереження мого здоров'я і життя.

На підставі наданої інформації та після власного розгляду добровільно і без будь-якого тиску погоджуюся на проведення обстеження.

м. Клецани, дата:..... Підпис пацієнта:.....