

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM MAGNETICKOU REZONANCÍ

Údaje o pacientovi/ klientovi

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Bydliště

Výška Váha

Zdravotní pojišťovna

Vážená paní, vážený pane,

v rámci zdravotnické péče či výzkumného programu jste byl/byla odeslán/a k vyšetření magnetickou rezonancí na našem pracovišti. Následující dokument slouží k tomu, abyste měl/a možnost se blíže seznámit s touto vyšetřovací metodou a byl/a o ní informován/a v míře, která je pro provedení vyšetření nezbytně nutná.

Co znamená Magnetická rezonance:

Magnetická rezonance (MR) je zobrazovací vyšetřovací metoda, která není založena na ionizujícím (rentgenovém) záření, ale využívá magnetické pole. Dosud nebyly prokázány negativní účinky vyšetření magnetické rezonance na lidský organismus. Přesto je v těhotenství (zvláště v jeho prvních 3 měsících) pokládána za rizikovou v zájmu ochrany vývoje plodu.

Příprava na vyšetření magnetickou rezonancí:

- Při vyšetření nesmí být uvnitř vyšetřovny žádný kov (i nemagnetický). Proto je důležité zanechat všechny šperky, kovové přezky, spony atd. v převlékací kabině. Před vstupem do kabiny je nutné přezkontrolovat, zda nikde v šatstvu nezůstaly zapomenuty jakékoliv kovové předměty. Pokud jsou součástí oděvu, je nutné sdělit tuto skutečnost obsluze MR.
- U žen je vhodné, aby vyšetřovaná neměla nanesenou řasenku.

Průběh vyšetření

Celé vyšetření trvá 20-60 minut. Po tuto dobu je nutno ležet klidně a nehýbat se, protože každý pohyb může vést ke znehodnocení obrazů. Při jakékoliv nevolnosti nebo nepříjemných pocitech můžete ihned kontaktovat personál MR pracoviště pomocí signalizačního zařízení. Vedlejším efektem vyšetření je hluk spojený s provozem přístroje. Ten je však dobře odstraněn sluchátky, která během vyšetření Váš sluch bezezbytku chrání.

V některých případech je potřebná 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!

Kdy nesmí být vyšetření provedeno:

Vyšetření NENÍ na našem pracovišti možné provést u pacientů s implantovaným kardiostimulátorem nebo defibrilátorem (strojek na srdce). Dále není možné vyšetření provést u pacientů s implantovaným předmětem z magnetizovatelného kovu, jako jsou ušní implantáty, kovové svorky po operaci mozku nebo kovové střeptiny po úrazu kdekoli v těle. Implantované kloubní náhrady nejsou obvykle překážkou pro vyšetření, ovšem je nutné informovat personál MR pracoviště.

Závažné onemocnění ledvin může být překážkou k podání kontrastní látky a je nutné takovém případě informovat personál MR pracoviště.

Prosíme, potvrďte zakroužkováním, zda jsou u vás přítomny tyto vyjmenované položky:

Kardiostimulátor	Ano	Ne
Implantabilní kardioverter-defibrilátor	Ano	Ne
Kochleární (ušní) implantát	Ano	Ne
Klaustrofobie (strach z uzavřených prostorů)	Ano	Ne
Neurostimulátor	Ano	Ne
Inzulinová pumpa	Ano	Ne
Chlopení náhrady	Ano	Ne
Cévní svorky	Ano	Ne
Embolizační spirálky	Ano	Ne
Nitroděložní tělísko	Ano	Ne
Kovové kloubní náhrady	Ano	Ne
Kovové střeptiny	Ano	Ne
Kovové implantáty po operacích kostí	Ano	Ne
Piercing	Ano	Ne
Zubní protéza	Ano	Ne
Tetování	Ano	Ne
Kontaktní čočky	Ano	Ne
Rovnátky	Ano	Ne
Jste těhotná, kojíte?	Ano	Ne
Léčíte se s ledvinami?	Ano	Ne

Pokud jste u jakékoliv otázky odpověděl/a ANO, je zapotřebí na tuto skutečnost upozornit personál Magnetické rezonance!

Informace v tomto dotazníku patří k vysoce citlivým osobním údajům, podléhajícím jak lékařskému tajemství, tak všem předpisům na ochranu osobních údajů. Slouží výhradně k informování lékařů, kteří by Vám v případě neočekávaných zdravotních potíží byli nuceni poskytnout neodkladnou zdravotní péči. Bez Vašeho svolení nemohou být uvedené údaje sdělovány třetím osobám. Věnujte patřičnou pečlivost vyplnění tohoto formuláře, jedná se o důležitý zdroj informací o Vašem zdravotním stavu a případných zdravotních rizicích.

S podáním kontrastní látky

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

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:.....

Souhlas pacienta: Já, níže podepsaný(á) prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o účelu, povaze, důsledcích, rizicích, možných komplikacích spojených s MR vyšetřením. Podaným informacím jsem plně porozuměl(a). Prohlašuji, že všechny mnou uvedené informace v tomto dokumentu jsou pravdivé a nezamlčel(a) jsem žádnou závažnou okolnost, která by bránila provedení vyšetření. V případě výskytu komplikací souhlasím, aby byly provedeny všechny potřebné výkony nutné k odstranění komplikací a k zachování mého zdraví a života. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a bez nátlaku souhlasím s provedením vyšetření.

V Klecanech dne:

Podpis pacienta: