



INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM MAGNETICKOU REZONANCÍ

Pacient:

Jméno a příjmení:.....

R.č.:.....

Zdravotní pojišťovna:.....

Zákonný zástupce (u dětí a mladistvých do 18-ti let):

Jméno a příjmení:.....

Vztah:.....

Datum narození:.....

(otec, matka, opatrovník, apod.)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař vyšetření **magnetickou rezonancí (dále jen MR)**. Jedná se o jednu z nejmodernějších vyšetřovacích metod, která je v současné době schopna vyšetřit většinu orgánů lidského těla. Vyšetření není založeno na principu rentgenových paprsků. U elektromagnetické energie, která se při MR používá, nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. Přesto raději nejsou vyšetřovány těhotné ženy v prvních třech měsících těhotenství.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, které jsou Vám (Vašemu dítěti) poskytovány, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí přijmete prosím následující informace.

Důvod provedení výkonu (vyšetření):

Prokázání a zhodnocení možné choroby ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení již známých změn.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu (vyšetření):

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Alternativou MR vyšetření může být vyšetření CT (zatížené ionizačním zářením a vyšší četností alergické reakce a poškození ledvin po podání jodové kontrastní látky), popřípadě v některých omezených případech vyšetření ultrazvukem (zcela nezatěžující ovšem s omezenou výtěžností). MR angiografii může nahradit i invazivní rentgenová angiografie (prováděná obvykle vpichem z třísla a zatížená možnými komplikacemi invazivního výkonu).

Příprava na výkon (vyšetření):

Vyšetření se provádí v silném magnetickém poli, je nebolestivé a nevyžaduje žádnou přípravu.

Výjimkou je vyšetření střev (MR enterografie), které vyžaduje dokonalé vyprázdnění střevního obsahu před vyšetřením.

K vyšetření přicházejte bez kontaktních čoček a nalíčení, bez řasenek, make-upu, pudrů, vlasových gelů, laků apod. Pokud budete nalíčená, budete vyzvána k odstranění make-upu.

Po příchodu do čekárny magnetické rezonance se v klidu posaďte a vyčkejte vyzvání ke vstupu do odkládací kabinky.

Rizika a možné komplikace výkonu (vyšetření):

Během vyšetření se může objevit tzv. panická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru, úzkost, tíseň, neklid. Z těchto důvodů máte možnost zmáčknutím speciálního tlačítka, které držíte během

vyšetření trvale ve Vaší ruce, ohlásit vyšetřujícímu personálu tuto obtíž. Personál se bude akutním problémem ihned účinně zabývat a má možnost Vás během několika vteřin vyvézt z tunelu.

V některých případech je nutná aplikace kontrastní látky, kontrastní látky pro MR jsou v naprosté většině speciální sloučeniny na bázi vzácného kovu gadolinia. O její aplikaci rozhoduje vyšetřující lékař. Protialergická příprava se před vyšetřením nevyžaduje. Výskyt alergických reakcí a poškození ledvin po podání kontrastní látky používané při vyšetření magnetickou rezonancí je statisticky významně nižší oproti jodovým kontrastním látkám, ale nelze je vyloučit. Na každou cizorodou látku podanou do těla může tělo reagovat alergickou reakcí. Proto je nutné vědět, zda pacient již v minulosti nějakou alergickou reakci měl. Ujistíme Vás však, že personál je obeznámen s metodikou zvládnutí alergických reakcí. MR vyšetření Vás/Vaše dítě nijak neomezí v obvyklém způsobu života.

Postup výkonu (vyšetření):

Po vstupu do přípravné kabinky budete vyzván/a k odložení Vašeho svrchního oděvu, abychom vyloučili přítomnost jakéhokoliv kovového předmětu v magnetickém poli. K převlečení Vám poskytneme empírový plášť. Zároveň budete vyzván/a k odložení zubní protézy, naslouchadla, protetických pomůcek, podprsenky, opasku, paruky, vlasenek, pinet, vlasových jehlic, špendlíků, svorek apod., všech kovových mincí, klíčů, hodinek, kreditních karet, náprsní tašky, brýlí, mobilních telefonů, prstenů a šperků.

Po splnění výše uvedených úkonů budete uveden/a do vyšetřovny, kde již působí magnetické pole. Poté Vás pohodlně uložíme na vyšetřovací stůl a vyšetřovanou část těla uloží buď do kruhové cívky (hlava, krk, končetiny) nebo na rovnou cívku (páteř, ostatní vyšetřované okruhy těla). Budete požádán/a, abyste po celou dobu vyšetření, které trvá zhruba 30-60 minut, ležel/a klidně, nehýbal/a se a pravidelně dýchal/a. Každý Váš pohyb znehodnotí vyšetření. Při vyšetření orgánů dutiny břišní budete požádáni o zadržení dechu na kratší dobu. Vyšetření bude provázeno velkým hlukem, který způsobují přístrojové součásti. Tento hluk je normálním úkazem a neměl by Vás znepokojovat. Budete-li si přát chrániče sluchu, rádi Vám je poskytneme. Následně Vás zavezeme na lůžku do tunelu, což může vyvolat nepříjemné pocity. Ujistíme Vás, že po celou dobu vyšetření je tunel zásobován čerstvým vzduchem z ventilátoru, personál Vás po celou dobu vyšetření sleduje kamerou a jste s ním spojen/a prostřednictvím signálního tlačítka, které budete držet během vyšetření v ruce.

Bude-li povaha vyšetření vyžadovat aplikaci kontrastní látky, bude Vám do loketní žíly zavedena nitrožilní kanylka.

Vyšetření na MR je zcela bezpečné. **Silné magnetické pole může poškodit nebo změnit umístění všech kovových předmětů**, které Vám kdy byly vpraveny do těla, a to nejspíše účelově při některém z operačních zákroků (např. kovové svorky apod.). Proto **je důležité pravdivě** vyplnit následující dotazník.

Z důvodu bezpečnosti a ochrany zdraví je nutné před a během vyšetření dodržovat veškeré pokyny vyšetřujícího personálu. Případné dotazy v souvislosti s vyšetřením na magnetické rezonanci Vám zodpoví vyšetřující personál.

Kovové předměty mohou způsobit úraz nebo poškození přístroje!!

Zakroužkujte ANO či NE – event. uveďte lokalizaci a rok operace

Odpověď „ANO“ na některé z níže uvedených otázek neznamená, že by vyšetření nemohlo být provedeno.

Mám kardiostimulátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce ("budík na srdce")	ANO	NE
Měl jsem dříve kardiostimulátor nebo jiný přístroj a zbyly mi elektrody	ANO	NE
Mám aneurysmatickou cévní svorku (klip)	ANO	NE
Mám v těle cévní svorky po operaci	ANO	NE
Mám v těle stenty (cévní výztuže) nebo jiné předměty v cévách (žilní filtry, embolizační materiál)	ANO	NE
Mám náhradu srdeční chlopně	ANO	NE

Mám kochleární implantát (pro podporu slyšení)	ANO	NE
Mám v oku střepinu či jiné cizí kovové těleso	ANO	NE
Pracoval/a jsem někdy jako obráběč/ka kovů	ANO	NE
Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa po úrazu – střepiny, špony, náboje atd. <i>V případě, že ano, uveďte lokalizaci a rok vzniku:</i>	ANO	NE
Mám v těle kovovou kloubní náhradu nebo kov po operaci zlomeniny kosti <i>V případě, že ano, uveďte lokalizaci a rok operace:</i>	ANO	NE
Jsem po operaci páteře <i>V případě, že ano, uveďte rok operace:</i>	ANO	NE
Mám v těle kov po operaci páteře	ANO	NE
Mám v těle nějaký jiný přístroj (inzulinovou pumpu nebo jiné)	ANO	NE
Jsem po operaci žlučníku nebo žlučových cest a mám v břiše svorky <i>V případě, že ano, uveďte rok operace:</i>	ANO	NE
Mám na svém těle piercing nebo tetování	ANO	NE
Mám zubní protézu, můstek nebo rovnátka	ANO	NE
Trpím klaustrofobií (strachem z uzavřeného prostoru)	ANO	NE
Trpím onemocněním nebo sníženou funkcí ledvin	ANO	NE
Trpím astmatem	ANO	NE
Mám alergii na jakýkoliv lék či kontrastní látku <i>V případě, že ano, uveďte název:</i>	ANO	NE
Byl jsem již v minulosti na MR vyšetřen <i>V případě, že ano, uveďte kdy, kde a vyšetřovanou část těla:</i>	ANO	NE

Pro ženy:

Jsem těhotná (v případě, že ano, udejte prosím týden)	ANO	NE
Kojím	ANO	NE
Mám zavedené nitroděložní tělísko (nitroděložní antikoncepci)	ANO	NE

Chování po výkonu, možná omezení

Po vyšetření budete odveden/a zpět do kabinky. Pečlivě si překontrolujte všechny odložené věci. Po oblečení budete moci buď sám/a, nebo s doprovodem sestry či jiné doprovázející osoby, odejít zpět na nemocniční oddělení nebo domů. MR vyšetření Vás/Vaše dítě nijak neomezí v obvyklém způsobu života.

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 seznámena 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 výkony 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 Táboře dne:.....

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce:.....

Jméno a podpis lékaře, 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:..... očima jinak:.....

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

není-li svědek zaměstnancem NT, a.s.

Podpis svědka: