



Záznam o informovaném souhlasu s provedením vyšetření magnetickou rezonancí

Vážený pane, vážená paní,

k zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu a současně pečivého vyplnění níže uvedeného dotazníku. Abyste se mohl/a zodpovědně rozhodnout, informujeme Vás prostřednictvím tohoto záznamu a pohovorem se zdravotnickým pracovníkem o Vašem onemocnění, jeho prognóze, o možných způsobech diagnostiky a léčby a jejich případných rizicích.

Zásadní upozornění: Máte-li s magnetickou rezonancí NEKOMPATIBILNÍ KARDIOSTIMULÁTOR či DEFIBRILÁTOR, PONECHANÉ SRDEČNÍ ELEKTRODY, NEUROSTIMULÁTOR, MYOSTIMULÁTOR, KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT, INSULINOVOU PUMPU bez možnosti odpojení na dobu vyšetření, CHLOPENNÍ NÁHRADY, SVORKY NA CÉVNÍCH ANEURYSMATECH a KOVOVÉ STŘEPINY V HLAVĚ ČI OČNICI je velká pravděpodobnost, že nesmíte být vyšetřeni magnetickou rezonancí!!! Prosíme, informujte personál a nevstupujte k přístrojím!!!

Kovové části mohou způsobit úraz či poškození přístroje! Než vstoupíte do vyšetřovny, odložte v kabině: hodinky, klíče, drobné mince, šperky, vlásenky, opasek s kovovou přezkou, naslouchadla, brýle, zubní protézy, bankovní karty s magnetickým proužkem, mobilní telefony, protetické pomůcky apod. Zubní implantáty nevadí.

Pečlivě a pravdivě vyplňte následující dotazník. Odpověď „ANO“ na některé z níže uvedených otázek nemusí nutně znamenat, že by vyšetření nebylo možné provést. Po posouzení a vyhodnocení Vašich odpovědí se včas dozvíte, zda můžete být pomocí této metody vyšetřeni/a, nebo je zde důvod, pro který není možné toto vyšetření aktuálně provést.

Máte zavedený kardiostimulátor (pacemaker)?	ano	ne
Máte zavedený kardioverter - defibrilátor (ICD)?	ano	ne
Jste po operaci aneurysmatu (výdutě tepny) v mozku?	ano	ne
Máte kochleární (ušní) implantát nebo jiný ušní implantát?	ano	ne
Máte neurostimulátor či myostimulátor (jakýkoliv neurostimulační systém)?	ano	ne
Máte inzulínovou pumpu ?	ano	ne
Máte jiný, dosud nezmíněný, elektronický implantát?	ano	ne
Máte zavedené vnitřní elektrody (např. i zbylé po vyjmutí kardiostimulátoru, apod.)?	ano	ne
Máte zavedený stent, cévní svorku (clip, coil) nebo žilní filtr do jakékoliv cévy v těle?	ano	ne
Máte zavedený jakýkoliv vstupní cévní port (přístup) apod.?	ano	ne
Máte nebo můžete mít kovovou střepinu v hlavě, oku /očnici?	ano	ne
Máte v těle úlomky kovů po poranění nebo práci s kovy?	ano	ne
Prodělal/a jste operaci srdce nebo mozku ?	ano	ne
Jste po operaci umělého kloubu nebo operaci zlomeniny kosti s kovovou fixací ?	ano	ne
Měl/a jste chirurgický zákrok v posledních šesti týdnech ?	ano	ne
Máte snímatelnou zubní protézu nebo snímatelnou zubní náhradu (můstek, atd.)?	ano	ne
Máte oční implantát (protézu apod.)?	ano	ne
Máte tetování nebo piercing ?	ano	ne
Máte nalepené transdermální náplasti (náplasti s léky)?	ano	ne
Máte závažné onemocnění ledvin nebo jste diabetik ?	ano	ne
Trpíte alergií (včetně na kontrastní látky)?	ano	ne
Trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřených prostor)?	ano	ne
Ženy: Kojíte nebo jste těhotná ? Pokud ano, v jakém týdnu? Týden:	ano	ne
Ženy: Můžete být těhotná? (nedostala jste měsíčky v obvyklém termínu?)	ano	ne
Ženy: Máte nitroděložní tělísko („IUD“)?	ano	ne

Vyplní naše pracoviště:

Kontraindikace k MR vyšetření BYLY / NEBYLY shledány.

Popis vyšetření: Magnetická rezonance je zobrazovací vyšetřovací metoda, která využívá magnetické pole, není založena na rentgenovém záření. Cílem vyšetření je zjištění případného onemocnění ve vyšetřovací oblasti, případně posouzení dynamiky již známých změn. Alternativu k magnetické rezonanci představují jiná zobrazovací vyšetření (např. CT, rentgen, sonografie apod.), mají obvykle menší diagnostickou výtěžnost a některé fungují na principu rentgenového záření s možnými škodlivými dopady na

organismus. Vyšetření magnetickou rezonancí se provádí v několika sériích. Celé vyšetření trvá cca 20 - 50 minut. Vyšetření není bolestivé. V jeho průběhu uslyšíte hlasité klapání, které je součástí vyšetření. Je nutné po celou dobu ležet klidně a nehýbat se, pohyby mohou vést ke znehodnocení vyšetření. V některých případech je nutná aplikace kontrastní látky, o nutnosti její aplikace rozhodne v průběhu vyšetření lékař. Při potížích můžete kontaktovat personál pomocí signalizačního zařízení.

Případná omezení před a po výkonu: Kojící matky po vyšetření s kontrastní látkou přeruší kojení na 24 hodin! Přítomnost magnetického pole vyžaduje zachování přísných bezpečnostních pravidel, některé jsou uvedeny v úvodu tohoto souhlasu. Dbejte pokynů personálu.

Komplikace: Škodlivé účinky magnetické rezonance nebyly dosud prokázány. Někdy se používá kontrastní látka, alergická reakce na ni je velmi vzácná a pracoviště je vybaveno na její zvládnutí. Reakce může mít různé projevy a různou závažnost - od mírné nevolnosti, zvracení, kopřivky či jiných kožních projevů, křečí, dušnosti, poklesu krevního tlaku až po těžké reakce se ztrátou vědomí. Stav může být život ohrožující, takové těžké reakce jsou ale extrémně vzácné. Pokud by se po vyšetření s aplikací kontrastní látky objevily možné projevy alergie mimo areál MR, okamžitě uvědomte svého lékaře či lékařskou pohotovostní službu.

Prohlášení pacienta:

Prohlašuji, že jsem obdržel/a informace v plném rozsahu porozuměl/a.

Prohlašuji, že mi bylo zdravotnickým pracovníkem srozumitelně vysvětleno vše, co s obsahem informovaného souhlasu souvisí.

Prohlašuji, že jsem měl/a možnost klást doplňující otázky související s postupem/výkonem a že mi byly srozumitelně zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem informována a beru na vědomí, že předpokládaného výsledku uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o možnosti navrhanou péči/výkon odmítnout.

Prohlašuji, že s navrhanou péčí/konkrétním výkonem, vč. aplikace kontrastní látky, výslovně souhlasím a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Souhlasím, aby v případě neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, byly tyto provedeny.

Nezamířel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu, volbu a provedení zákroku nebo by mohly ohrozit jiné osoby.

Ve Strakonících dne:

Jméno, příjmení a podpis pacienta/zákonného zástupce

.....

Identifikace a podpis zdravotnického pracovníka

.....

Identifikace a podpis lékaře MR pracoviště (v definovaných případech)

.....

S ohledem na nemožnost projevit osobně písemný souhlas, potvrzuje tento souhlas pacienta svědek. **Zdůvodnění a způsob projeveného souhlasu:**

.....

podpis svědka