

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: ZDRAV. POJIŠŤOVNA:

VÝŠKA (CM): HMOTNOST (KG): RODNÉ ČÍSLO:

TELEFONNÍ ČÍSLO: EMAIL:

Prosíme, pečlivě označte správné odpovědi křížkem.

Byl/a jste někdy na MR vyšetření?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Pokud ano, kdy, kde?		
Kardiostimulátor, myostimulátor Neurostimulátor, Kardiodefibrilátor-ICD	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Kochleární implantát (sluchová náhrada)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Inzulínová pumpa (pokud ano, je nutné ji vyndat)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Kovové střepliny v oku, střepliny, špony, šrapnely jinde v těle	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Umělá srdeční chlopeč (pokud ano, typ a průkaz o MR)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Oční protéza – umělá čočka	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Kolostomie (vývod tlustého střeva)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Zubní rovnátka, retenční drátky po rovnátkách	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Zelený zákal (glaukom)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Klaustrofobie (strach ze stísněných prostor)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Implantované stenty (cévní výztuže), cévní klípy, svorky, aj.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Pokud ano, uveďte kdy, a lokalizaci		
Umělé kloubní náhrady	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Pokud ano, uveďte kdy, a lokalizaci		
Kovové implantáty v páteři	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Pokud ano, uveďte kdy, a lokalizaci		
Alergie (potravinová, léková, pylová)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Pokud ano, upřesněte		
Pro ženy: Jste těhotná?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	Kojíte?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Byla Vám již v minulosti při nějakém vyšetření podána kontrastní látka?				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Pokud ano, bylo to spojeno s nepříjemnými pocity jako, svědění, zkrácení dechu, závratě nebo kolaps?				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Přejete si vyhotovit obrazovou dokumentaci MR vyšetření na CD/DVD nosiči za poplatek dle platného ceníku?				<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Popis (výsledky) z vyšetření žádáte?	<input type="checkbox"/> ODESLAT lékaři	<input type="checkbox"/> STÁHNOUT elektronicky*	<input type="checkbox"/> PŘEVZAT osobně		

*Výsledky vyšetření, které dnes podstoupíte, budou poskytnuty lékaři, který zadal požadavek na toto vyšetření. Kromě toho je můžete mít neustále k dispozici online na portálu www.ERADIOLOGIE.cz. Můžete si je stáhnout, vytisknout či poskytnout k další zdravotní péči jinému ošetřujícímu lékaři (i lékaři, který neindikoval MR vyšetření).

Upozornění: Trvalé zubní implantáty nejsou kontraindikací MR vyšetření. Snímatelnou zubní náhradu, šperky, hodinky, brýle, piercingy a jiné kovové předměty je nutné před vlastním vyšetřením **odložit!** Na MR vyšetření v oblasti hlavy se doporučuje nelíčit se. Nenoste na MR vyšetření cennosti a zbraně! Respektujte prosím pokyny personálu, děkujeme.

Strana 1 z 3, pokračujte prosím na další straně ⇒

Vážená paní, Vážený pane, milí rodiče. Ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil vyšetření magnetickou rezonancí (MR). Jedná se o diagnostickou zobrazovací metodu, kterou lze vyšetřit většinu orgánů lidského těla. Vyšetření není na principu rentgenových paprsků. U silného magnetického pole a radiofrekvenční energie, které se při MR vyšetření používají, nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. I přesto se raději vyhýbáme vyšetření těhotných žen v prvních třech měsících těhotenství. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí, bychom Vám rádi podali následující informace.

Cíl a podstata diagnostického / léčebného postupu:

Cílem vyšetření je detailně zobrazit vyšetřovanou část těla dle požadavků indikujícího lékaře. Během vyšetření je nutné ležet v naprostém klidu na lehátku přístroje uvnitř vyšetřovacího tunelu. Obvyklá doba trvání jednoho vyšetření je 20 – 45 minut. Během vyšetření Vám může být v některých případech aplikována do žíly kontrastní látka. Můžete cítit vpich do žíly a následně pocit „podávání“, který je normální. Kontrastní látka zlepšuje hodnocení vyšetřované oblasti. O vhodnosti aplikace kontrastní látky rozhoduje lékař radiolog. Kontrastní látka je bezpečná, ale stejně jako u jakýchkoli jiných léků se i zde mohou ojediněle vyskytnout nežádoucí účinky (např. nevolnost, nepříjemný pocit v místě vpichu, bolest hlavy). Náš zdravotnický personál je zaškolený na zvládnutí případných nežádoucích situací. Zhotovené snímky vyhodnotí lékař – radiolog. Písemný popis vyšetření bude zaslán Vašemu ošetřujícímu lékaři.

Výhody a nevýhody vyšetření MR

Výhody: velmi přesné zobrazení částí lidského těla bez radiační zátěže.

Nevýhody: nelze provést u pacientů s kardiostimulátorem, myostimulátorem či neurostimulátorem. Kovové předměty (kloubní náhrady, stenty, cévní svorky aj.) kdekoli v těle, mohou ovlivnit kvalitu výsledných obrazů. Vyšetření je kontraindikováno u pacientek v prvním trimestru těhotenství. MR zařízení vydává během vyšetření značný hluk. Z tohoto důvodu Vám personál nabídne prostředky na ochranu sluchu, např. sluchátka nebo jednorázové ucpávky do uší.

Jiné (alternativní) možnosti řešení současného zdravotního stavu včetně výhod a nevýhod

Ultrazvuk /sonografické vyšetření/ – dobře dostupné, žádná radiační zátěž, avšak nižší přesnost vyšetření

CT – horší hodnocení jemných patologických změn, radiační zátěž při vyšetření, velmi často nutná aplikace jodové kontrastní látky s rizikem alergie

Možná rizika a komplikující stavy

Během vyšetření se může objevit tzv. panická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru, úzkost, tíseň, neklid. Tuto obtíž můžete ohlásit vyšetřujícímu personálu stisknutím tlačítka, které držíte během vlastního vyšetření MR v ruce. Personál se bude akutním problémem ihned zabývat a má možnost Vás během několika vteřin vyvézt z tunelu.

Vyšetření u klientů s implantovaným kardiostimulátorem, myostimulátorem, neurostimulátorem či jiným cizím kovovým tělesem nežli ortopedické dlahy a náhrady kloubů v těle je třeba konzultovat s lékařem!

Doplňující informace: Po vyšetření režim bez omezení

Pokud byla podána kontrastní látka, do 24 hodin dojde k jejímu vyloučení z Vašeho organismu. Po tuto dobu by kojící ženy neměly kojit. Při MR vyšetření v oblasti břicha a pánve Vám bude podáno nitrožilně tzv. spasmolytikum. To zpomaluje pohyb střev a zlepšuje tak kvalitu zobrazení, může však způsobit dočasné rozmazané vidění. Tento účinek během několika minut až desítek minut vymizí. Pokud se u Vás tento účinek projeví, neměli byste např. řídit motorová vozidla. **POZOR!** – spasmolytikum by nemělo být aplikováno pacientům s glaukomem (zeleným zákalem). Pokud byla aplikována jiná léčiva, budete poučen/a personálem pracoviště.

Informace pro pacienta/pacientku (zákonného zástupce pacienta/pacientky)

- Přečtete si laskavě pozorně všechny strany tohoto informovaného souhlasu.
- Pokud jste plně nerozuměl/a informacím v tomto informovaném souhlasu, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se zdravotnického personálu MR pracoviště.

Prohlášení:

Já, níže podepsaný/á,

prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích spojených s vyšetřením MR a jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb a o jejich vhodnosti, přínosu a rizicích. Měl/a jsem možnost klást doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Veškerým poskytnutým informacím jsem plně porozuměl/a. Jsem si vědom/a toho, že mám právo na druhý názor. Na základě tohoto poučení a po vlastním zvážení svobodně a bez nátlaku souhlasím:

- s výše uvedeným diagnostickým postupem – vyšetřením MR;
- s podáním kontrastní látky, pokud to bude vyšetření MR vyžadovat.

Dále prohlašuji, že:

- nemám v těle zavedený kardiostimulátor, myostimulátor, neurostimulátor či jiné cizí kovové těleso nežli ortopedické dlahy a náhrady kloubů;
- jsem odpověděl/a pravdivě na výše položené otázky;
- jsem nezamlčel/a žádné známé údaje o svém zdravotním stavu;
- jsem nezamlčel/a žádnou jinou závažnou okolnost, která by bránila provedení vyšetření MR; a že
- beru na vědomí, možnost vzdát se poskytnutí informace o svém zdravotním stavu, popřípadě mohu určit, které osobě má být informace podána, anebo že smím vyslovit zákaz poskytovat informace o mém zdravotním stavu určité osobě nebo kterékoli osobě.

Dále prohlašuji, že jsem pojištěn/a u výše uvedené zdravotní pojišťovny. V případě, že tomu tak není, zavazuji se, **že uhradím újmu způsobenou zdravotnickému zařízení.**

V Praze, dne:

Podpis pacienta:

Podpis zdravotnického pracovníka, který provedl poučení a kontrolu zodpovězených otázek: