

INFORMOVANÝ SOUHLAS K MR VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta/ky:	_____	Narozen/a:	_____	
Rodné číslo:	_____/____/____	Kód ZP:	_____	
Bydliště:	_____	Váha:	_____ kg Výška:	_____ cm
Zákonný zástupce:	_____	Vztah (např. matka):	_____	
Narozen/a:	_____	Bydliště (liší-li se od bydliště pacienta/ky):	_____	
E-mail:	_____			

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám doporučil vyšetření magnetickou rezonancí (MR). Jedná se o jednu z nejmodernějších vyšetřovacích metod, která je v současné době schopna vyšetřit větší část orgánů lidského těla, včetně mozku, kloubů a břišních orgánů.

Vyšetření není na principu rentgenových paprsků a u elektromagnetické energie, která se při MR používá, nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. Přesto raději nevyšetřujeme těhotné ženy v prvních třech měsících těhotenství.

V některých indikacích vyžaduje povaha vyšetření aplikaci kontrastní látky do žíly. Kontrastní látky pro MR jsou v naprosté většině speciální sloučeniny na bázi vzácného kovu gadolinia, podávají se v malých dávkách (cca 10–20 ml) a alergické riziko reakce je oproti jodovým kontrastním látkám statisticky významně nižší.

Důvod provedení výkonu

Vyšetření větší části orgánů lidského těla.

Postup při výkonu

Při vlastním vyšetření budete ležet na vyšetřovacím stole v silném magnetickém poli. Proměnné přídavné pole vytváří značný hluk. Tento hluk tedy k vyšetření patří a není známkou poruchy přístroje. Okolo vyšetřované části těla Vám bude umístěna cívka, která přijímá odezvu z vyšetřované tkáně. Vyšetření obvykle trvá 20-60 minut a během vyšetření budete požádáni, abyste se nehýbali. Při některých vyšetřeních, zvláště orgánů dutiny břišní, budete požádáni o zadržení dechu na kratší dobu. Vlastní vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu. Před vyšetřením orgánů dutiny břišní prosíme 4 hodiny nejíst a nepít.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu.

Ačkoliv je vyšetření na MR ve většině zcela bezpečné, existují některá specifická rizika. Kvůli přítomnosti silného magnetického pole nelze na MR vyšetřovat osoby s některými typy elektronických nebo kovových implantátů nebo jiných magnetizovatelných cizích těles. Především nelze vyšetřovat pacienty s kardiostimulátorem nebo implantovaným defibrilátorem (ICD), v takovém případě hrozí závažné poškození jeho funkce, případně vážná, až život ohrožující srdeční arytmie. U pacientů, kteří mají po operaci tepenné mozkové výdutě kovovou cévní svorku, lze vyšetření provést jen za určitých podmínek, které zhodnotí a určí kvalifikovaný personál MR, jinak by mohlo dojít k případnému uvolnění svorky a vážnému krvácení. Při některých vyšetřeních na MR je nutno podat kontrastní látku pomocí nitrožilní injekce. Nežádoucí reakce na tuto kontrastní látku jsou vzácné, mohou se vyskytnout bolesti hlavy, nevolnost, krátkodobé závratě či bolesti v místě vpichu. Jako vzácné nežádoucí reakce se mohou vyskytovat alergické reakce, vyrážky, zvracení, dýchací potíže, srdeční arytmie, otoky a poškození ledvin. V některých případech mohou barviva používaná v tetování a permanentním make-upu obsahovat sloučeniny železa, které v magnetickém poli mohou působit pocit pálení a v krajním a vzácném případě i kožní reakci až popáleniny. Abychom, pokud možno, předešli těmto nežádoucím reakcím, věnujte prosím pozornost následujícím otázkám a pečlivě je zodpovězte.

Máte-li pacemaker (kardiostimulátor), kovové těleso nebo těleso z neznámého kovu v oblasti očníce nebo mozku, vyšetření Vás může vážně poškodit, a proto jej neprovedeme.

Doplňující informace k vyšetření magnetickou rezonancí (MR):
Zakroužkujte vždy jednu odpověď, v případě odpovědi ANO, blíže specifikujte.

Následující okolnosti by mohly vadit při MR vyšetření nebo být pro Vás škodlivé:

Bylo Vám v minulosti provedeno MR vyšetření?	ANO	NE	
Měla(a) jste při MR vyšetření nějaké komplikace?	ANO	NE	
Podstoupil(a) jste nějaký chirurgický zákrok?	ANO	NE	
Trpíte onemocněním ledvin?	ANO	NE	
Trpíte astmatem?	ANO	NE	
Trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřeného prostoru)?	ANO	NE	
Jste na něco alergický(á)?	ANO	NE	
Byla Vám během MR vyšetření aplikována kontrastní látka?	ANO	NE	
Měla jste někdy alergickou reakci po aplikaci MR kontrastní látky?	ANO	NE	
Jste těhotná, nebo máte podezření, že ano? Kojíte?	ANO	NE	
Kardiostimulátor (pacemaker)	ANO	NE	
Elektronické vodiče a elektrody (včetně zbylých elektrod po odstraněném kardiostimulátoru)	ANO	NE	
Implantovaný srdeční defibrilátor	ANO	NE	
Chirurgické svorky nebo hřebky	ANO	NE	
Cizí kovové těleso v těle (projektil, střepina, špona...)	ANO	NE	
Kloubní náhrady (kyčel, koleno...)	ANO	NE	
Operace páteře s kovovými implantáty a fixátory	ANO	NE	
Naslouchátko	ANO	NE	
Kochleární nebo jiný ušní implantát	ANO	NE	
Implantované pumpy (inzulínová, léky proti bolesti)	ANO	NE	
Cévní svorky	ANO	NE	
Stenty (srdeční, jiné cévní), cévní filtry	ANO	NE	
Shunt (spojka) a jaký?	ANO	NE	
Nitroděložní tělísko nebo pesar	ANO	NE	
Zubní protézy, implantáty, můstky, čepy nebo rovnátka	ANO	NE	
Umělé končetiny	ANO	NE	
Náhrady srdeční chlopně	ANO	NE	
Neurostimulátor	ANO	NE	
Tetování kůže	ANO	NE	
Jiné implantáty	ANO	NE	

Prohlášení pacienta/ky (zákonného zástupce)

Byl/a jsem seznámen/a 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 neschopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu se svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné předpisy toto právo nevylučují.

Nezamítl/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

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 klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Posouzení způsobilosti nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností k vyslovení souhlasu

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

☐ Pacient je rozumově a volně vyspělá/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

☐ Pacient/ka není rozumově a volně vyspělá/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

Jmenovka (hůlkovým písmem/razítkem): _____ Podpis: _____

Ve Zlíně dne _____ v _____ hodin

Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce: _____

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlas):

☐ Kývnutím hlavy

☐ Gestem: _____

☐ Očima

☐ Jinak: _____

Svěddek:

Jméno a příjmení, podpis: _____

Pokud svědek není zaměstnanec EUC, uveďte se adresu a datum narození.

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat.

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník poskytující údaje a poučení): _____

Datum a podpis pacienta: _____

Kontraindikace k MR vyšetření byly shledány: ☐ ANO ☐ NE

Podpis lékaře: _____ **Podpis radiologického asistenta:** _____