

Informovaný souhlas s výkonem

Magnetická rezonance

Identifikační údaje pacienta/pacientky:

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:	RID:
-----------	--------	--------	-----	------

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:	RID:
-----------	--------	--------	-----	------

Vážená paní, Vážený pane,

máte nezadatelné právo podílet se na diagnostickém a léčebném postupu, který Vám byl s ohledem na zdravotní stav Váš/Vašeho dítěte navržen. Máte také právo být ještě před Vaším rozhodnutím o těchto postupech informován/a.

Výše uvedený zdravotní zákrok Vám byl lékařem indikován s ohledem na Váš současný zdravotní stav.

1. Účel výkonu

Prokázání a zhodnocení možné choroby ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení již známých změn. Magnetická rezonance je zákrok, při kterém nejste vystaveni rentgenovému záření. Budete umístěn/a v silném magnetickém poli, kde se získává obraz vyšetřované oblasti. U některých typů vyšetření je nutné nitrožilní podání kontrastní látky, která výrazně zlepšuje zobrazení tkání. Vyšetření je nebolestivé.

Pokud máte voperovaný kardiostimulátor, neurostimulátor nebo kardioverter, nesmí se toto vyšetření provést! V magnetickém poli dojde k selhání kardiostimulátoru.

2. Alternativy výkonu a jejich možné komplikace a rizika

Nejsou žádné možné alternativy výkonu.

3. Jaký je předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření indikuje ošetřující lékař s cílem zjistit příčinu Vašich potíží (onemocnění centrálního nervového systému – mozku a míchy, páteře, onemocnění orgánů dutiny břišní a pánve, onemocnění svalů, kloubů, kostí a cév).

4. Jaký je režim před výkonem

2–3 hodiny před vyšetřením nejzte, nepijte, nekuřte.

Před vyšetřením odstraňte z těla všechny kovové a elektronické předměty (naslouchadla, klíče, mince, mobil, sponky do vlasů, brýle, zubní náhrady, šperky, hodinky, platební karty, datové nosiče, opasek, pero, obuv, oblečení s kovovými částmi, podprsenku, magnety).

Během vyšetření si musíte chránit sluch, proto Vám laborant nasadí sluchátka.

5. Jaký je postup při provádění výkonu

Při vyšetření ležíte ve vyšetřovacím tunelu v poloze na zádech. Délka vyšetření se pohybuje od 20 do 45 minut podle typu vyšetření. Během vyšetření je nutné ležet v naprostém klidu. Během vyšetření dostanete do ruky signalizační balónek, kterým nám dáte vědět, pokud se vyskytnou nějaké problémy – pálení, svalové záškuby, nevolnost.

Důležité:

Během výkonu se nedotýkejte navzájem různými částmi těla (např. ruka – stehno, ruce nebo nohy navzájem). Neklidní pacienti, malé děti a pacienti trpící klaustrofobií (strachem ze stísněných prostor) jsou po domluvě s lékařem vyšetřeni v celkové anestezii či analosedaci – za dohledu anesteziologa.

6. Jaké jsou možné komplikace a rizika zvoleného výkonu

Velmi ojediněle může dojít k alergické reakci po nitrožilním podání kontrastní látky. Tyto reakce se vyskytují zřídka, jsou většinou nezávažné (nevolnost, nepříjemný pocit v místě vpichu, kopřivka, otok, bolest hlavy). Závažné komplikace jako například kardiopulmonální selhání se vyskytuje velmi vzácně – méně než 0,1 % případů.

7. Jaký je režim po provedení výkonu

Pokud Vám byla nitrožilně podána kontrastní látka, 10–15 minut po vyšetření setrváte v čekárně pod zdravotnickým dohledem. Doporučujeme tento den zvýšený příjem tekutin.

8. Jaká jsou možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a případné změny zdravotní způsobilosti

Žádné.

9. Jaký je léčebný režim, případná preventivní opatření a provedení kontrolního výkonu

Žádný.

Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte, prosím, následující otázky (odpovídající odpověď zakroužkujte):

Trpím alergií na léky. Pokud ano, uveďte, na které:	ANO	NE
Trpím alergií na potraviny. Pokud ano, uveďte, na které:	ANO	NE
Mám kardiostimulátor.	ANO	NE
Mám svorky, stenty, spirály po operaci cévní výdutě, cévní filtr.	ANO	NE
Mám inzulinovou pumpu, nebo jinou.	ANO	NE
Mám jakýkoliv typ biostimulátoru, nebo jiný elektronický strojek.	ANO	NE
Mám jakýkoliv typ vnitřních elektrod nebo katetrů.	ANO	NE
Mám chirurgické svorky, kovové stehy. Pokud ano, uveďte kde:	ANO	NE
Mám oční protézy, ušní implantáty, naslouchadla.	ANO	NE
Mám náhrady srdečních chlopní, by-passy.	ANO	NE
Mám náhrady kloubů, protézy.	ANO	NE
Mám ortopedické, chirurgické a neurochirurgické implantáty.	ANO	NE
Mám jiné kovové nebo magnetické implantáty, předměty, poranění střepinami, projektily.	ANO	NE

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu a dále způsob jeho provedení a možné alternativy, komplikace alternativních výkonů a rizika při neprovedení navrhovaného výkonu. Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel (a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zdravotních zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím, aby tyto výkony byly provedeny.

Souhlasím

Datum: Čas:	Podpis pacienta/ky/zákonného zástupce:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor:
----------------	--	---

Dodatek: Pokud se nemůže pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, ale je schopen jiným způsobem vyjádřit svou vůli, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli:

.....
Datum a čas:.....Podpis svědka:

Nesouhlasím (na vyslovení nesouhlasu navazuje podpis negativního reversu)

Datum: Čas:	Podpis pacienta/ky/zákonného zástupce:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor:
----------------	--	---