

Informovaný souhlas s výkonem/ Інформована згода пацієнтки на процедуру**Magnetická rezonance/ Магнітно-резонансна томографія****Identifikační údaje pacienta/pacientky/ Ідентифікаційні дані пацієнта/пацієнтки:**

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:	RID:
Прізвище:	Ім'я:	Освітньо-професійний ступінь:	Унікальний чисельний ідентифікатор («родне число»):	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:	RID:
Прізвище:	Ім'я:	Освітньо-професійний ступінь:	Унікальний чисельний ідентифікатор («родне число»):	

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.

Шановний пане (шановна пані)!

Ви маєте невід'ємне право брати участь у діагностичних та лікувальних процедурах, запропонованих вам у зв'язку з вашим станом здоров'я або станом здоров'я вашої дитини. Ви також маєте право бути проінформованими про ці процедури ще до прийняття відповідного рішення.

Зазначене вище медичне втручання вам призначив лікар з урахуванням вашого поточного стану здоров'я.

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).

1. Мета процедури

Продемонструвати та оцінити можливе захворювання в досліджуваній ділянці або перевірити та оцінити вже відомі зміни.

Магнітно-резонансна томографія – це процедура, під час якої пацієнт не піддається впливу рентгенівських променів. Вас поміщують у сильне магнітне поле, де отримують зображення досліджуваної ділянки. Деякі види сканування вимагають внутрішньовенного введення контрастної речовини, яка значно покращує візуалізацію тканин. Обстеження є безболісним.

Якщо у вас встановлений кардіостимулятор, нейростимулятор або кардіовертер, це обстеження проводити не можна! Справа в тому, що в магнітному полі кардіостимулятор вийде з ладу.

2. Альтернативи процедурі та їх можливі ускладнення й ризики

Альтернатив цій процедурі немає.

3. Очікувана користь від процедури

Обстеження призначається лікуючим лікарем для визначення причини ваших проблем (захворювання центральної нервової системи – головного і спинного мозку, хребта, захворювання органів черевної порожнини й малого тазу, захворювання м'язів, суглобів, кісток і кровоносних судин).



4. Jaký je režim před výkonem

2–3 hodiny před vyšetřením nejezte, 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 analgosedaci – 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.

4. Режим перед процедурой

За 2-3 години до обстеження не їжте, не пийте та не паліть.

Перед обстеженням зніміть з тіла всі металеві та електронні предмети (слухові апарати, ключі, монети, мобільний телефон, шпильки, окуляри, зубні протези, ювелірні прикраси, годинник, кредитні картки, носії інформації, ремінь, ручку, взуття, одяг з металевими деталями, бюстгальтер, магніти).

Під час обстеження ви повинні захищати свій слух, тому лаборант видасть вам навушники.

5. Порядок проведення процедури

Під час обстеження ви лежите в тунелі в положенні лежачи на спині. Тривалість обстеження варіюється від 20 до 45 хвилин в залежності від типу обстеження. Під час обстеження ви повинні лежати абсолютно нерухомо. Під час обстеження вам дадуть сигнальну повітряну кульку, щоб ви могли повідомити нам про будь-які проблеми – печіння, м'язові посмикування, нудоту.

Важлива інформація:

Під час процедури не торкайтеся одна одною різними частинами тіла (наприклад, рука – стегно, руки або ноги одна одною). Неспокійні пацієнти, маленькі діти та пацієнти, які страждають на клаустрофобію (страх замкнутого простору), після консультації з лікарем обстежуються під загальним наркозом або анальгоседацією – під наглядом анестезіолога.

6. Возможні ускладнення та ризики вибраної процедури

Дуже рідко після внутрішньовенного введення контрастної речовини може виникнути алергічна реакція. Ці реакції рідкісні і зазвичай незначні (нудота, дискомфорт у місці ін'єкції, кропив'янка, набряк, головний біль). Серйозні ускладнення, такі як серцево-легенева недостатність, виникають дуже рідко – менше ніж у 0,1% випадків.

7. Режим після проведення процедури

Якщо вам вводили внутрішньовенно контрастну речовину, ви залишитеся протягом 10-15 хвилин після обстеження в кімнаті очікування під наглядом лікаря. Рекомендуємо збільшити споживання рідини в день обстеження.

8. Возможні обмеження у звичному способі життя, працездатності та придатності до виконання роботи за станом здоров'я

Відсутні.

9. Лікувальний режим, можливі профілактичні заходи та проведення контрольної процедури

Відсутні.

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

Щоб мінімізувати ризик ускладнень, будь ласка, дайте відповідь на наступні питання (обведіть правильну відповідь):

Trpím alergií na léky. Pokud ano, uveďte, na které: У мене є алергія на ліки. Якщо так, будь ласка, вкажіть на які саме	ANO TAK	NE HI
Trpím alergií na potraviny. Pokud ano, uveďte, na které: У мене є алергія на продукти харчування. Якщо так, будь ласка, вкажіть на які саме:	ANO TAK	NE HI
Mám kardiostimulátor. У мене є кардіостимулятор.	ANO TAK	NE HI
Mám svorky, stenty, spirály po operaci cévní výdutě, cévní filtr. У мене є кліпси, стенти, спіралі після операції аневризми судин, судинний фільтр.	ANO TAK	NE HI
Mám inzulinovou pumpu, nebo jinou. У мене є інсулінова або інша помпа.	ANO TAK	NE HI
Mám jakýkoliv typ biostimulátoru, nebo jiný elektronický strojek. У мене є біостимулятор або інший електронний пристрій.	ANO TAK	NE HI
Mám jakýkoliv typ vnitřních elektrod nebo katetrů. У мене є будь-який тип внутрішніх електродів або катетерів.	ANO TAK	NE HI
Mám chirurgické svorky, kovové stehy. Pokud ano, uveďte kde: У мене є хірургічні скоби, металеві шви. Якщо так, вкажіть, будь ласка, де саме:	ANO TAK	NE HI
Mám oční protézy, ušní implantáty, naslouchadla. У мене є очні протези, вушні імплантати, слухові апарати.	ANO TAK	NE HI
Mám náhrady srdečních chlopní, by-passy. У мене є заміна серцевого клапана, шунтування.	ANO TAK	NE HI
Mám náhrady kloubů, protézy. У мене є протези суглобів, інші протези.	ANO TAK	NE HI
Mám ortopedické, chirurgické a neurochirurgické implantáty. У мене є ортопедичні, хірургічні та нейрохірургічні імплантати.	ANO TAK	NE HI
Mám jiné kovové nebo magnetické implantáty, předměty, poranění střepinami, projektily. У мене є інші металеві або магнітні імплантати, предмети, осколкові поранення, снаряди.	ANO TAK	NE HI

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 navrhaného 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.

Заявляю, що мені належним чином пояснили причину, очікувану користь, наслідки та можливі ризики й ускладнення запланованої процедури, а також спосіб її проведення та можливі альтернативи, ускладнення альтернативних процедур і ризики у разі відмови від проведення запропонованої процедури. Я мав/-ла можливість запитати лікаря про все, що мене цікавить у зв'язку із запланованою процедурою, і отримані пояснення мені зрозумілі. Я згоден/-на з виконанням вищезазначеної процедури.

Заявляю, що в разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового проведення подальших медичних втручань для порятунку мого життя або здоров'я, погоджуюсь на ці втручання.

Souhlasím/ Даю згоду

Datum/ Дата:	Podpis pacienta/ky/zákonného zástupce/ Підпис пацієнта/-ки /законного представника:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor/ Ідентифікація та підпис лікаря, який провів роз'яснювальну бесіду:
Čas/ Час:		

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:

Доповнення: Якщо пацієнт за станом здоров'я не може поставити підпис, але здатний висловити свою волю іншим способом, запис повинен бути підписаний іншим медичним працівником, і в ньому мають бути зазначені причини, з яких пацієнт не зміг підписати документ, та спосіб, яким була висловлена його воля:

.....
Datum a čas/ Дата й час:Podpis svědka/ Підпис свідка:.....

Nesouhlasím (na vyslovení nesouhlasu navazuje podpis negativního reversu)

Datum/ Дата:	Podpis pacienta/ky/zákonného zástupce/ Підпис пацієнта/-ки /законного представника:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor/ Ідентифікація та підпис лікаря, який провів роз'яснювальну бесіду:
Čas/ Час:		