

INFORMOVANÝ SOUHLAS S LÉKAŘSKÝM VYŠETŘENÍM / LÉČEBNÝM POSTUPEM /VÝKONEM/

Jméno a příjmení pacienta.....Rodné číslo.....

Vyplní lékař:

Název vyšetření či popis léčebného postupu, pro které je nutný písemný souhlas pacienta, zák.zástupce.

MAGNETICKÁ REZONANCE

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu a výhody lékařského vyšetření pacientovi /zák. zástupci pacienta/ způsobem, který byl podle mého soudu pro něj srozumitelný.Seznámil jsem pacienta /zák. zástupce/ s možnými alternativami navrhovaného vyšetření, možnými riziky a komplikacemi.Dále jsem pacienta informoval o tom, že absolutní kontraindikací vyšetření je implantovaný kardiostimulátor a kochleární implantát.Dále prohlašuji, že byl pacient poučen o tom, že v případě nevolnosti nebo jiných komplikací během vyšetření může použít balonek k přivolání zdravotnického personálu.

Jméno a příjmení lékaře:

Podpis:

Datum:

Pacient /zák.zástupce/:

- 1.Přečte si laskavě pozorně tento list, jakož i přílohu vysvětlující podstatu navrhovaného vyšetření / výkonu.
- 2.Pokud jste plně nerozuměl lékařovu vysvětlení nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat lékaře.
- 3.Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

Já, pacient /zák.zástupce/:

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o povaze lékařského vyšetření / léčebného postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu.Dále mě informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu / postupu, s možnými alternativami k výkonu / postupu i s důsledky toho, že by se navrhovaný výkon / postup neprovedl.Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech během uzdravování.Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným lékařským vyšetřením / postupem / výkonem
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav

Jsem srozuměn/a s tím, že uvedené vyšetření, léčebný postup nemusí být proveden/o lékařem, který mě dosud ošetřoval.

Podpis pacienta /zák.zástupce/:

Datum:

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vás doporučil k vyšetření na Magnetické rezonanci (MR).

Jedná se o jednu z nejmodernějších vyšetřovacích metod. Vyšetření není na principu rentgenových paprsků a u elektromagnetické energie, která se při MR používá, nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. Přesto se raději vyhýbáme vyšetření těhotných žen 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. Nepoškozují ledviny, podávají se v malých dávkách (cca 10 – 30 ml) a riziko alergické reakce je oproti jodovým kontrastním látkám statisticky významně nižší.

Při vlastním vyšetření budete ležet na vyšetřovacím stole v silném magnetickém poli. Proměnné přídatné magnetické pole vytváří značný hluk. Okolo vyšetřované části těla Vám bude umístěna cívka, která přijímá odezvu z vyšetřované tkáně. Vyšetření obvykle trvá 15 – 45 minut a během vyšetření budete požádáni se nehýbat. Při vyšetření zvláště orgánů dutiny břišní nebo srdce budete požádáni o zadržení dechu na kratší dobu. Při vyšetření budete mít v ruce balonek, jehož stisknutím v případě nevolnosti nebo jiných problémů přivoláte zdravotnický personál.

Vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu, pouze u vyšetření orgánů dutiny břišní je vhodné lačnět, a to především od tekutin, po dobu alespoň šesti hodin.

Vyšetření na MR je zcela bezpečné. Může se však stát nebezpečným, pokud má pacient v těle některé kovové přístroje či předměty. Věnujte proto prosím pozornost následujícím otázkám a pečlivě je zodpovězte. Odpověď „ANO“ na některé z výše uvedených otázek neznamená, že by vyšetření nebylo možno provést. **Absolutní kontraindikací vyšetření je impantovaný kardiostimulátor a kochleární implantát.** V případě nejasností se obraťte na personál MR.

Správnou odpověď zakroužkujte:

Máte zavedený kardiostimulátor („budík na srdce“)?	ANO	NE
Máte kochleární (ušní) implantát nebo neurostimulátor	ANO	NE
Byl Vám voperován umělý kloub?	ANO	NE
Jste po srdeční, mozkové nebo ortopedické operaci?	ANO	NE
Jste po jiné operaci?	ANO	NE
Uveďte jaké:.....		
Máte zavedený stent do srdeční či jiné tepny?	ANO	NE
Máte umělou srdeční chlopu?	ANO	NE
Máte voperovanou svorku na jakémkoliv cévě v těle?	ANO	NE
Víte o jakémkoliv kovovém předmětu v těle (i následek úrazu)?	ANO	NE
Máte zubní protézu nebo kovový zubní můstek?	ANO	NE
Pracoval/a jste někdy jako obráběč kovů?	ANO	NE
Máte oční protézu?	ANO	NE
Trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřených prostor)?	ANO	NE
Víte o alergii na jakýkoliv lék či kontrastní látku?	ANO	NE
V případě, že ano, uveďte název:.....		
Máte porušené ledvinné funkce?	ANO	NE
Máte na svém těle tetování případně piercing?	ANO	NE
<i>Pro ženy:</i>		
Jste těhotná?	ANO	NE
V případě, že ano, v jakém týdnu?		
Máte nitroděložní tělísko?	ANO	NE