

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM MAGNETICKOU REZONANCÍ



Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vás doporučil k vyšetření na Magnetické rezonanci (MR). Jedná se o jednu z nejmodernějších vyšetřovacích metod, která je v současné době schopna vyšetřit větší část orgánů lidského těla, včetně mozku, kloubů i 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. Nepoškozují ledviny, podávají se v malých dávkách (cca 10-20 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 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 15-45 minut a během vyšetření budete požádáni se nehýbat. Při vyšetření zvláště orgánů dutiny břišní budete požádáni o zadržení dechu na kratší dobu.

Vlastní vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu. Před vyšetřením orgánů dutiny břišní prosíme 2 hodiny nejíst a nepít.

Vyšetření na MR je zcela bezpečné. Může se však stát nebezpečným, pokud má pacient v těle některé kovové přístroje či předměty. Věnujte prosím pozornost následujícím otázkám a pečlivě je zodpovězte.

Jméno a příjmení

Rodné číslo

klikněte na správnou odpověď

Máte zavedený kardiostimulátor ("budík na srdce")? **ANO** **NE**

Máte kochleární (ušní) implantát nebo neurostimulátor? **ANO** **NE**

Jste po srdeční, mozkové nebo ortopedické operaci? **ANO** **NE**

Máte v těle ponechán nějaký chirurgický materiál? **ANO** **NE**

Pokud ANO uveďte odkdy a zda je materiál MR kompatibilní (doložte potvrzením):

Máte voperovanou svorku nebo stent na jakékoliv cévě v těle? **ANO** **NE**

Pokud ANO uveďte odkdy a zda je materiál MR kompatibilní (doložte potvrzením):

Podstoupil jste během posledních 6 týdnů nějaký operační nebo implantační výkon? **ANO** **NE**

Máte zubní protézu nebo nesnímatelnou náhradu (můstek, korunka,...)? **ANO** **NE**

Víte o jakémkoliv jiném kovovém předmětu v těle (i následek úrazu)? **ANO** **NE**

Máte oční protézu? **ANO** **NE**

▼ **Dotazník pokračuje na druhé straně** ▼

Trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřených prostor)?	ANO	NE
Trpíte hypertenzí, cukrovkou, dnou, onemocněním srdce?	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

Pro ženy:

Jste těhotná?	ANO	NE
V případě, že ANO, v jakém týdnu		
Máte nitroděložní tělísko	ANO	NE

Odpověď ANO na některé z výše uvedených otázek neznamena, že by vyšetření nebylo možné provést.

Absolutní kontraindikací vyšetření je implantovaný kardiostimulátor a kochleární implantát.

V případě nejasností či s dalšími otázkami se prosím obraťte na personál MR.

Prohlášení pacienta nebo jeho zákonného zástupce

Já níže podepsaný(á) prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o účelu, povaze, důsledcích, rizicích, možných komplikacích a alternativách vyšetření. Měl(a) jsem možnost se seznámit s výš uvedeným textem a osobně klást doplňující dotazy. Pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly řádně zodpovězeny. Podaným informacím jsem plně porozuměl(a). Jsem srozuměn(a) s tím, že vyšetření nemusí být provedeno lékařem, který mne o vyšetření informoval. Jako nedílnou součást tohoto prohlášení jsem pravdivě odpověděl(a) na položené otázky na této straně. V případě výskytu komplikací souhlasím, aby byly provedeny všechny další potřebné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a bez nátlaku souhlasím s tímto vyšetřením.

Datum

Podpis pacienta (zákonného zástupce)