

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

Správnou odpověď zakřížkujte

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

Otočte prosím

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)