Sagena®

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VYŠETŘENÍM MAGNETICKOU REZONANCÍ

Pacient

Jméno příjmení		**Štítek** Jméno, r. č., pojišťovna, dg., zkratka odd., IČP odd./ZZ, odbornost oboru
RČ		
Váha	**Výška**	
Telefon	**E-mail**	

U nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům vyplní **zákonný zástupce** pacienta nebo **svědek,** který byl přítomen projevu souhlasu. (nemůže-li se pacient podepsat):

Jméno a příjmení: ..... R. č.: .....

Bydliště: .....

Důvody, pro něž pacient nemohl souhlas podepsat: .....

POZOR!!!
MÁTE-LI KARDIOSTIMULÁTOR ČI DEFIBRILÁTOR, NESMÍTE BÝT V ŽÁDNÉM PŘÍPADĚ VYŠETŘEN(A) MAGNETICKOU REZONANCÍ!!!
O tomto faktu informujte personál a **NEVSTUPUJTE DO VYŠETŘOVNY!!!**

Povaha vyšetření a jeho rizika

Magnetická rezonance (MR) je zobrazovací vyšetřovací metoda, kdy není použito rentgenové záření, ale využívá se magnetické pole. Škodlivé biologické účinky nebyly dosud prokázány. Přesto je v těhotenství (zvl. v jeho prvních 3 měsících) pokládána za rizikovou v zájmu ochrany vývoje plodu.

Jakékoliv kovové předměty mohou způsobit úraz Vám nebo personálu a někdy i poškození přístroje! Před vstupem do vyšetřovny je proto odložte v kabince – hodinky, klíče, mince, naslouchadla, mobilní telefony, platební karty, vlásenky, šperky…

Pacient přichází 2–3 hodiny lačný, nesmí kouřit.

Budete umístěni v silném magnetickém poli, během vyšetření budete slyšet hluk, který MR přístroj vydává, a také můžete mít pocit mírného tepla ve vyšetřované oblasti Vašeho těla. Tyto průvodní jevy jsou běžné a provází většinu výkonů – proti hluku bude Váš sluch chráněn sluchátky nebo ušními ucpávkami.

Celé vyšetření trvá 20–60 minut. Po tuto dobu je nutno ležet klidně a nehýbat se. Při jakékoliv nevolnosti nebo nepříjemných pocitech můžete ihned kontaktovat personál MR pracoviště pomocí signalizačního zařízení – ovladač zvonku.

V některých případech je nutná nitrožilní aplikace kontrastní látky, o které rozhoduje vyšetřující lékař. Alergické reakce na kontrastní látky užívané při MR jsou velmi vzácné a MR pracoviště jsou vybavena k jejich zvládnutí.

Režim po vyšetření

Po vyšetření s kontrastní látkou pacient setrvá 30 minut v čekárně MR, poté bez omezení. Pokud by se po vyšetření s kontrastní látkou dostavily možné projevy alergie (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) až mimo areál MR, okamžitě uvědomte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo (po ambulantním MR vyšetření) lékařskou pohotovostní službu! Kojící matky po aplikaci kontrastní látky přeruší kojení na 24 hodin. Během 24 hodin se kontrastní látka prakticky beze zbytku vyloučí z Vašeho těla.

Sagena®

Věnujte dále prosím pozornost následujícím otázkám. Uveďte (označte zakroužkováním):

- Trpíte strachem z uzavřených prostor – klaustrofobií? ano ne
- Trpíte alergií na léky – jaké? ..... ano ne
- Trpíte jinou alergií – jakou? ..... ano ne

Nacházejí se ve Vašem těle:
- kovové svorky po nějaké operaci, kovové kloubní náhrady? ano ne
- náhrada/y srdeční chlopně? ano ne
- kochleární (ušní) implantát? ano ne
- kovové střepiny v oku nebo jinde v těle? ano ne
- zavedený stent (výztuže cév, apod.), cizorodé materiály? ano ne

Prodělal jste závažné onemocnění ledvin? ano ne
Jste po transplantaci orgánu (jater, ledvin,...)? ano ne

Pro ženy:
- Máte nitroděložní tělísko? ano ne
- Jste těhotná? ano ne

Pokud jste u jakékoliv otázky odpověděl ANO, upozorněte na to ihned odborný zdravotnický personál MR pracoviště!!!

Alternativní možnosti výkonu

Záleží na povaze onemocnění a vyšetřované oblasti – pro některé typy onemocnění není rovnocenná alternativní metoda.

Doplňující otázky pacienta

Prohlášení odborného zdravotnického pracovníka, který poučil pacienta o vyšetření

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o provedení vyšetření magnetickou rezonancí, včetně upozornění na možné komplikace.

datum	radiologický asistent	lékař

Souhlas pacienta

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) indikujícím lékařem nebo odborným zdravotnickým personálem srozumitelně seznámen(a) s veškerými shora uvedenými skutečnostmi včetně upozornění na možné komplikace a jejich řešení. Byly mi vysvětleny alternativní možnosti a možná rizika při nepodstoupení výkonu. Porozuměl(a) jsem jim a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření magnetickou rezonancí.

....

datum podpis pacienta
(zákonného zástupce, event. svědka)