

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM – MAGNETICKÁ REZONANCE

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

Váha: .....kg

štítek

### POZOR!!!

**MÁTE-LI KARDIOSTIMULÁTOR ČI DEFIBRILÁTOR, NESMÍTE BÝT  
V ŽÁDNÉM PŘÍPADĚ VYŠETŘEN/A MAGNETICKOU REZONANCÍ!  
O TOMTO INFORMUJTE PERSONÁL A NEVSTUPUJTE K PŘÍSTROJI!!!**

Pečlivě vyplňte následující dotazník a zaškrtnutím označte, zda jsou ve Vašem těle následující kovové přístroje nebo kovové části.

#### Zaškrtněte

- |  |  |
|--|--|
| kardiostimulátor                                       | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| kovové svorky po nějaké operaci                        | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| kovové kloubní náhrady                                 | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| náhrada srdeční chlopně                                | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| kochleární (ušní) implantát                            | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| kovové střepiny v oku nebo jinde v těle                | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| zavedený stent (výstuže cév apod.), cizorodé materiály | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| onemocnění ledvin                                      | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| transplantace jater, ledvin                            | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Pro ženy v produktivním věku:                          |  |
| Jste těhotná?  | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |

**Pokud jste u jakékoliv otázky odpověděl/a ANO, upozorněte na to ihned radiologického asistenta či lékaře pracoviště MR!**

Než vstoupíte do vyšetřovny, ODLOŽTE v kabině: hodinky, klíče, kovové mince, šperky, vlásenky, opasek s kovovou přezkou, naslouchadla, brýle, kontaktní čočky, zubní protézy, bankovní karty s magnetickým proužkem, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky apod.!

**Jakékoli kovové předměty mohou způsobit úraz Vám nebo personálu a někdy i poškození přístroje!!!**

**Definice:** Magnetická rezonance (MR) je zobrazovací vyšetřovací metoda, která využívá magnetické pole. Není založena na ionizujícím (rentgenovém) záření. Škodlivé účinky magnetické rezonance nebyly dosud prokázány.

**Cíl a důvod výkonu:** Cílem vyšetření je Objevení a zhodnocení případného onemocnění ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení již známých změn.

**Alternativy k výkonu:** Záleží na povaze onemocnění a vyšetřované oblasti – pro některé typy onemocnění není rovnocenná alternativní metoda.

**Příprava před výkonem:** Kojící matky po vyšetření s kontrastní látkou přerušují kojení na 24 hodin!

Přítomnost magnetického pole vyžaduje zachování přísných bezpečnostních pravidel, a to zejména pro ochranu Vašeho zdraví. Je tedy nutná Vaše plná spolupráce s personálem MR!

**Postup při výkonu:** Vyšetření je nebolestivé. Během vyšetření uslyšíte hluk, který MR přístroj vydává a také můžete mít pocit mírného tepla ve vyšetřované oblasti. Tyto jevy jsou běžné a provází většinu výkonu. Proti hluku bude Váš sluch chráněn ušními ucpávkami, které Vám poskytneme.

Při jakékoli nevolnosti nebo nepříjemných pocitech můžete ihned kontaktovat personál MR pracoviště pomocí signalizačního zařízení.

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:** Celé vyšetření trvá 20 až 60 minut. **Po celou dobu je nutno ležet klidně a nehýbat se, protože každý pohyb znehodnocuje obraz!**

Pokud se po vyšetření cítíte dobře, nemáte pocit nevolnosti a nebyly Vám podány uklidňující léky, můžete dále pokračovat ve svém programu.

**Možné časté komplikace a následující rizika:** V některých případech je nutná nitrožilní aplikace kontrastní látky, o které rozhoduje vyšetřující lékař. Alergická reakce na kontrastní látky užívané při MR jsou velmi vzácné a pracoviště je vybaveno k jejich zvládnutí. Alergické reakce se liší intenzitou příznaků od nevýznamných (kopřivka, zarudnutí, svědění) až po závažné reakce (otok dýchacích cest a plic, pokles tlaku a zvýšení srdeční akce, v krajním případě selhání srdce a plic), které mohou vést až k nutnosti rychlé lékařské intervence v nejzávažnějších případech ke kardiopulmonální resuscitaci, v krajních případech může dojít i k úmrtí. Pokud by se po vyšetření s aplikací kontrastní látky objevily možné projevy alergie (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) mimo areál MR, okamžitě uveďte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo (po ambulantním vyšetření) lékařskou pohotovostní službu!

**Datum:** .....

**Jméno lékaře:** ..... **Podpis lékaře:** .....

---

**PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:**

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

**Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též**

informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:**

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

**Jsem srozuměn/a s tím, že:**

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

**Souhlasím s poskytnutím informací:**

ano  ne

**Datum:** ..... **Podpis pacienta:** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (1):** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (2):** .....

**Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:**

.....

**POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):**

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):** .....

**Podpis:** .....

**Datum:** .....

b) **Jméno svědka:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Adresa bydliště:** ..... **Číslo OP:** .....

**Datum:** .....