

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (KY)/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VYŠETŘENÍM MAGNETICKOU REZONANCÍ (MR)

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



➤ Vážená paní, Vážený pane,

na základě klinického nálezu Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař vyšetření magnetickou rezonancí (dále jen MR). Před samotným vyšetřením Vás ošetřující lékař seznámí s provedením této zobrazovací metody, s jejími běžnými riziky, následky a s eventuálními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s vyšetřením bylo založeno na dostatečném množství informací. Podle typu vyšetření může být k lepšímu zobrazení některých orgánů, tkání nebo cév podána do žíly kontrastní látka na bázi gadolinia. O jejím podání rozhodne lékař MR podle důvodu vyšetření a Vašeho zdravotního stavu.

➤ Proč tento výkon a jeho přínos

Magnetická rezonance (MR) vytváří podrobné obrazy orgánů a tkání pomocí silného magnetického pole a rádiových vln. Nepoužívá rentgenové záření. Vyšetření pomáhá zjistit příčinu Vašich obtíží, potvrdit nebo vyloučit onemocnění a naplánovat další léčbu. Podle typu vyšetření může být do žíly podána kontrastní látka na bázi gadolinia, která některé struktury lépe zobrazí.

➤ Jak je výkon proveden

Vyšetření se provádí v silném magnetickém poli. Je nebolestivé a nevyžaduje u dospělých a větších dětí žádnou zvláštní přípravu. U některých typů vyšetření budete dopředu upozorněni o nezbytnosti lačnění (4 hodiny před vyšetřením).

Během vyšetření budete ležet na vyšetřovacím stole, který se zasune do otvoru MR zařízení. Během snímání je důležité zůstat v klidu a někdy na krátkou dobu zadržet dech. Přístroj vydává hlasité zvuky, proto je Vám nabídnuta ochrana sluchu. Vyšetření trvá 20 – 25 minut, dle jeho rozsahu. Pokud je potřeba kontrastní látka, bude Vám zavedena malá kanyla do žíly a látka bude podána během vyšetření, které se tak prodlouží. Po celou dobu Vás personál sleduje a můžete s ním komunikovat.

U malých dětí se vyšetření provádí v celkové anestezii z důvodu možného neklidu dítěte. Příprava k vyšetření se pak řídí pokyny anesteziologa.

Pokud hůře snášíte uzavřené prostory, poradte se s indikujícím lékařem o možné premedikaci.

➤ Příprava k vyšetření

MR nevyužívá rentgenové záření, ale silné magnetické pole. Před vyšetřením proto vždy informujte personál o implantovaném kardiostimulátoru, neurostimulátoru, kochleárním implantátu, cévních svorkách, kovových částech či jiných implantátech a o případném kovovém cizím tělese. Některé implantáty mohou vyžadovat ověření bezpečnosti pro MR.

Před vstupem k přístroji je nutné odložit kovové a elektronické předměty. Budete vyzván/a k odložení zubní protézy, naslouchadla, kontaktních čoček, protetických pomůcek, podprsenky, opasku, paruky, vlásenek, pinet, špendlíků, svorek apod., všech kovových mincí, klíčů, hodinek, kreditních karet, brýlí, mobilních telefonů, prstenů a šperků. Nemocnice za cennosti, které si s sebou na vyšetření přinesete, neručí. Pokud budete nalíčený/á, budete vyzván/a k odstranění make-upu.

➤ **Možné komplikace**

Při podání kontrastní látky se mohou objevit přechodné obtíže a vzácně alergická či jiná závažnější reakce. U pacientů s těžce sníženou funkcí ledvin je při podání gadoliniové kontrastní látky nutná zvláštní opatrnost. O onemocnění ledvin, těhotenství a předchozí reakci na kontrastní látku informujte zdravotnický personál.

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.

➤ **Alternativa**

Podle důvodu vyšetření může být alternativou například ultrazvukové vyšetření, CT nebo jiné zobrazovací vyšetření, případně MR bez podání kontrastní látky. Každá metoda má jiné možnosti a omezení. Nejvhodnější postup závisí na Vašem zdravotním stavu a důvodu vyšetření a probere jej s Vámi indikující lékař.

Podpis a razítko lékaře indikujícího vyšetření:

Datum: _____

➤ **Souhlas s výkonem**

Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení vyšetření, takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto vyšetření. **Rozumím informacím, které mi lékař poskytl.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s provedením vyšetření, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta:

Datum: _____

Prohlašuji, že jsem pacientovi/ce (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient/ka (zákonný zástupce) vyslovil/a svůj informovaný souhlas s výkonem.

Podpis a razítko lékaře MR:

Datum a čas: _____

➤ **Otázky a odpovědi**

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k vyšetření.
