

## Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

### Magnetickou rezonancí - MR

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážená paní, vážený pane,  
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno vyšetření magnetickou rezonancí.

#### Co je to MR – magnetická rezonance:

Při MR vyšetření nejste vystaveni rentgenovému záření!

Pacient je umístěn v silném magnetickém poli, kde se působením radiofrekvenčního signálu získává obraz vyšetřované oblasti. U některých typů vyšetření je nutné nitrožilní podání kontrastní látky, která výrazně zlepšuje zobrazení tkání. Vyšetření je nebolestivé.

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:

Vyšetření indikuje ošetřující lékař s cílem zjistit příčinu Vašich potíží ve vyšetřované oblasti (onemocnění centrálního nervového systému - mozku a míchy, páteře, srdce, onemocnění orgánů dutiny břišní a pánve, onemocnění svalů, kloubů, kostí a cév). Dále se tímto vyšetřením provádí zhodnocení a kontrola již známých změn.

#### Alternativy vyšetření:

Vždy záleží na povaze Vašeho onemocnění a rozhoduje lékař, který MR vyšetření

indikuje ve spolupráci s radiologem. Obecně je možné použít ultrazvukové a rentgenové vyšetření nebo vyšetření pomocí počítačové tomografie.

#### Jaký je režim pacienta před vyšetřením:

Před výkonem s podáním kontrastní látky (u většiny vyšetření není nutná) je nezbytné minimálně 4 hodiny nepít, nejíst, nekouřit a nepoužívat léky nezbytně nutné. Čas vyšetření, na který jste objednáni, nemusí být vždy zcela dodržen z důvodu akutních vyšetření hospitalizovaných pacientů nebo pacientů z urgentního příjmu, omlouváme se za to a žádáme Vás o trpělivost. K vyšetření přicházejte nenalíčení, bez řasenek a make - upu, pudru a vlasových gelů apod.

#### Jaký je postup při provádění vyšetření:

Před vstupem na vyšetřovnu je nutno odložit všechny kovové předměty - klíče, mince, propisky, brýle, veškeré ozdoby jako řetízky, náušnice, piercing, přístroje jako hodinky, mobilní telefony atd. Po vstupu na vyšetřovnu si lehnete na vyšetřovací stůl přístroje. Stůl s vámi zajede vyšetřovanou oblastí do tunelu. Po dobu vyšetření je nezbytně nutné se nehýbat. Vyšetření je nebolestivé, ale nepříjemný může být hluk vycházející z přístroje. Jeho síla Vás může vylekat. Asistent Vám poskytne chrániče sluchu. Bude-li povaha vyšetření vyžadovat aplikaci **kontrastní látky**, bude Vám do žíly zavedena nitrožilní kanylka. Pro případ, že budete mít při vyšetření nějaké potíže, budete mít v ruce signální balonek, jehož zmáčknutím přivoláte obsluhu přístroje. Vyšetření se obvykle skládá z více částí (při nichž se hluk z přístroje liší), celkem trvá 15-45 minut. V případě některých speciálních vyšetření může trvat i déle.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý výkon i tento je spojen s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

##### Možné vedlejší účinky při podání kontrastní látky:

- pocit sucha v ústech, pocit tepla, tlak v okolí močového měchýře, zvýšený tlak krve do hlavy – většinou po krátkém časovém intervalu odezní.
- Možné projevy alergické reakce po podání kontrastní látky:
  - ✓ lehké (častější): nevolnost, zvýšená sekrece hlenu v dýchacích cestách, skvrny na kůži,
  - ✓ střední (méně časté): bušení srdce, bolest na hrudi, pokles krevního tlaku, zvracení, dýchací potíže, otoky,
  - ✓ těžké (vzácné): kardiovaskulární selhání, šok, smrt.
- Možné komplikace punkce žíly: ruptura (prasknutí) žíly spojená s krevním výronem, únik kontrastní látky mimo žílu, zánět žíly či okolí místa vpichu.

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k dalšímu výkonu, operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí

tohoto výčtu.

**Jaký je režim pacienta po provedení vyšetření:**

Po vyšetření Vás personál MR pracoviště vyveze ven a zeptá se Vás na případné problémy nebo nepříjemné pocity. Bude Vám vyndána kanyla a poté se odeberete do kabinky k převlečení a následně můžete odejít domů. U hospitalizovaných pacientů je po vyšetření pacient odvezen na oddělení, kde kontrolu nad jeho zdravotním stavem zajišťuje lékař. Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

**Předpokládaný prospěch vyšetření:**

Detekce patologických stavů organismu.

Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mého vyšetření, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s vyšetřením. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO  NE

**Doplňující údaje lékaře: (nutno doplnit nebo proškrtnout)**

.....  
.....

**Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského vyšetření uvedeného výše.**

**Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.**

**Jsem si vědom/a toho, že při provádění vyšetření může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného vyšetření nebo provedení dalšího nutného vyšetření či výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že s uvedeným vyšetřením souhlasím.**

**Datum:** .....

**Podpis pacienta, (zákonného zástupce, opatrovníka):** .....

**Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu vyšetření pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný.**

**Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto vyšetření a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.**

**Datum:**.....

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

**Důležité dotazy k prevenci vzniku komplikací: správnou odpověď ZAKROUŽKUJTE**

1. Mám kardiostimulátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce?	ANO - NE
2. Měl jsem dříve kardiostimulátor nebo jiný přístroj a zbyly mi elektrody?	ANO - NE
3. Mám aneuryzmatickou cévní svorku (klip)?	ANO - NE
4. Mám kochleární implantát (pro podporu slyšení)?	ANO - NE
5. Mám kovovou náhradu srdeční chlopně?	ANO - NE
6. Mám v těle nějaký jiný přístroj (inzulinovou pumpu nebo jiné)?	ANO - NE
7. Mám v těle cévní svorky po operaci?	ANO - NE
8. Mám v těle kovovou kloubní náhradu nebo kov po operaci zlomeniny kosti?	ANO - NE
9. Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa po úrazu (střepiny, špony, náboje atd.)?	ANO - NE
10. Pracoval jsem někdy s kovy (kovoobrábění, nastřelování atd.)?	ANO - NE
11. Mám v zubech staré amalgámové plomby?	ANO - NE
12. Mám v ústech kovové součásti zubní náhrady nebo kovová rovnátka?	ANO - NE
13. Mám v těle stenty (cévní výztuže) nebo jiné předměty v cévách (žilní filtry, embolizační materiál)?	ANO - NE
14. Jsem po operaci žlučníku nebo žlučových cest a mám v břiše svorky?	ANO - NE
15. Jsem po operaci páteře (jakékoliv)?	ANO - NE
16. Mám nesnímatelný piercing nebo tetování materiálem obsahujícím kov?	ANO - NE
17. Máte alergii na léky, kontrastní látky, jod, jiné?	ANO - NE
18. Trpíte onemocněním ledvin?	ANO - NE
19. Trpíte astmatem nebo sennou rýmou?	ANO - NE
20. Mám klaustrofobii (strach z uzavřeného prostoru)?	ANO - NE
V případě, že ano, potřebuji celkové uspání? <b>(nutno oznámit na MR předem)</b>	ANO - NE
<b>Doplňující otázky pro ženy:</b>	
21. Jsem těhotná? Pokud ano udejte týden.	ANO - NE
22. Předpokládáte, že byste mohla být těhotná?	ANO - NE
23. Máte zavedené intrauterinní tělísko (nitroděložní antikoncepci)?	ANO - NE