

Vážená paní, Vážený pane, milí rodiče. Ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil vyšetření magnetickou rezonancí (MR). Jedná se o diagnostickou zobrazovací metodu, kterou lze vyšetřit většinu orgánů lidského těla. Vyšetření není na principu rentgenových paprsků. U silného magnetického pole a radiofrekvenční energie, které se při MR vyšetření používají, nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. I přesto se raději vyhýbáme vyšetření těhotných žen v prvních třech měsících těhotenství. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí, bychom Vám rádi podali následující informace.

#### **Cíl a podstata diagnostického / léčebného postupu:**

Cílem vyšetření je detailně zobrazit vyšetřovanou část těla dle požadavků indikujícího lékaře. Během vyšetření je nutné ležet v naprostém klidu na lehátku přístroje uvnitř vyšetřovacího tunelu. Obvyklá doba trvání jednoho vyšetření je 20 – 45 minut. Během vyšetření Vám může být v některých případech aplikována do žíly kontrastní látka. Můžete cítit vpich do žíly a následně pocit „podávání“, který je normální. Kontrastní látka zlepšuje hodnocení vyšetřované oblasti. O vhodnosti aplikace kontrastní látky rozhoduje lékař radiolog. Kontrastní látka je bezpečná, ale stejně jako u jakýchkoli jiných léků se i zde mohou ojediněle vyskytnout nežádoucí účinky (např. nevolnost, nepříjemný pocit v místě vpichu, bolest hlavy). Náš zdravotnický personál je zaškolený na zvládnutí případných nežádoucích situací.

Zhotovené snímky vyhodnotí lékař – radiolog. Písemný popis vyšetření bude zaslán Vašemu ošetřujícímu lékaři.

#### **Výhody a nevýhody vyšetření MR**

Výhody: velmi přesné zobrazení částí lidského těla bez radiační zátěže.

Nevýhody: nelze provést u pacientů s kardiostimulátorem, myostimulátorem či neurostimulátorem. Kovové předměty (kloubní náhrady, stenty, cévní svorky aj.) kdekoli v těle, mohou ovlivnit kvalitu výsledných obrazů. Vyšetření je kontraindikováno u pacientek v prvním trimestru těhotenství. MR zařízení vydává během vyšetření značný hluk. Z tohoto důvodu Vám personál nabídne prostředky na ochranu sluchu, např. sluchátka nebo jednorázové ucpávky do uší.

#### **Jiné (alternativní) možnosti řešení současného zdravotního stavu včetně výhod a nevýhod**

Ultrazvuk /sonografické vyšetření/ – dobře dostupné, žádná radiační zátěž, avšak nižší přesnost vyšetření

CT – horší hodnocení jemných patologických změn, radiační zátěž při vyšetření, velmi často nutná aplikace jodové kontrastní látky s rizikem alergie

#### **Možná rizika a komplikující stavy**

Během vyšetření se může objevit tzv. panická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru, úzkost, tíseň, neklid. Tuto obtíž můžete ohlásit vyšetřujícímu personálu stisknutím tlačítka, které držíte během vlastního vyšetření MR v ruce. Personál se bude akutním problémem ihned zabývat a má možnost Vás během několika vteřin vyvézt z tunelu.

Vyšetření u klientů s implantovaným kardiostimulátorem, myostimulátorem, neurostimulátorem či jiným cizím kovovým tělesem nežli ortopedické dlahy a náhrady kloubů v těle může vést k závažnému poškození organismu až smrti!!!

#### **Doplňující informace: Po vyšetření režim bez omezení**

Pokud byla podána kontrastní látka, do 24 hodin dojde k jejímu vyloučení z Vašeho organismu. Po tuto dobu by kojící ženy neměly kojit. Při MR vyšetření v oblasti břicha a pánve Vám bude podáno nitrožilně tzv. spasmolytikum. To zpomaluje pohyb střev a zlepšuje tak kvalitu zobrazení, může však způsobit dočasné rozmazané vidění. Tento účinek během několika minut až desítek minut vymizí. Pokud se u Vás tento účinek projeví, neměli byste např. řídit motorová vozidla. **POZOR!** – spasmolytikum by nemělo být aplikováno pacientům s glaukomem (zeleným zákalem). Pokud byla aplikována jiná léčiva, budete poučen/a personálem pracoviště.

#### **Informace pro pacienta/pacientku (zákonného zástupce pacienta/pacientky)**

- Přečtěte si laskavě pozorně všechny strany tohoto informovaného souhlasu.
- Pokud jste plně nerozuměl/a informacím v tomto informovaném souhlasu, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se zdravotnického personálu MR pracoviště.

**Prohlášení:**

Já, níže podepsaný/á,

prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích spojených s vyšetřením MR a jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb a o jejich vhodnosti, přínosu a rizicích. Měl/a jsem možnost klást doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Veškerým poskytnutým informacím jsem plně porozuměl/a. Jsem si vědom/a toho, že mám právo na druhý názor. Na základě tohoto poučení a po vlastním zvážení svobodně a bez nátlaku souhlasím:

- s výše uvedeným diagnostickým postupem – vyšetřením MR;
- s podáním kontrastní látky, pokud to bude vyšetření MR vyžadovat.

Dále prohlašuji, že:

- nemám v těle zavedený kardiostimulátor, myostimulátor, neurostimulátor či jiné cizí kovové těleso nežli ortopedické dlahy a náhrady kloubů;
- jsem odpověděl/a pravdivě na výše položené otázky;
- jsem nezamlčel/a žádné známé údaje o svém zdravotním stavu;
- jsem nezamlčel/a žádnou jinou závažnou okolnost, která by bránila provedení vyšetření MR; a že
- beru na vědomí, možnosti vzdát se poskytnutí informace o svém zdravotním stavu, popřípadě mohu určit, které osobě má být informace podána, anebo že smím vyslovit zákaz poskytovat informace o mém zdravotním stavu určité osobě nebo kterékoli osobě.

Dále prohlašuji, že jsem pojištěn/a u výše uvedené zdravotní pojišťovny. V případě, že tomu tak není, zavazuji se, že uhradím újmu způsobenou zdravotnickému zařízení.

Přejete si vyhotovit obrazovou dokumentaci MR vyšetření na CD/DVD nosiči za poplatek 100 Kč?

ANO

NE

**V Praze dne:** .....

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

**Podpis zdravotnického pracovníka, který provedl poučení a kontrolu zodpovězených otázek:** .....

Nemůže-li se pacient podepsat, podpis svědka, který byl přítomen projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka: .....

Důvod nepodepsání souhlasu: .....

Způsob, jakým pacient projevil vůli: .....

Podpis svědka: .....

Nemůže-li pacient, s ohledem na svůj zdravotní stav, projevit souhlas, prosíme o podpis osoby určené pacientem, manžela, registrovaného partnera, rodiče či jiné osoby blízké:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Vztah k pacientovi: .....

Podpis: .....

Správce Vašich osobních údajů je provozovatel zdravotnického zařízení **PRO DIAGNOSTIKA a.s.**, IČO: 07886454, se sídlem Českomoravská 2510/19, 190 00 Praha 9. Více informací o zpracování Vašich osobních údajů naleznete na [www.prodiagnostika.cz/osobni-udaje](http://www.prodiagnostika.cz/osobni-udaje). Za účelem urychlení a zjednodušení poskytnutí další zdravotní péče Vám bude na portále ERADIOLOGIE.CZ vytvořen účet pacienta. Při vstupu do svého účtu se budete prokazovat rodným číslem a přístupovým kódem, který Vám bude zaslán formou zpoplatněné SMS zprávy na mobilní číslo uvedené v tomto informovaném souhlasu, následně bude Váš účet aktivován. Berete na vědomí, že využívání služeb portálu ERADIOLOGIE.CZ a účtu pacienta je zcela dobrovolné a společnost PRO DIAGNOSTIKA a.s. Vám tyto služby poskytuje na Vaši žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s informacemi poskytnutými prostřednictvím portálu ERADIOLOGIE.CZ. Podrobnější informace o službách portálu ERADIOLOGIE.CZ a účtu pacienta a podmínky jejich používání jsou dostupné na stránkách [www.eradiologie.cz](http://www.eradiologie.cz). Jste povinni se s těmito podmínkami seznámit před využíváním služeb portálu ERADIOLOGIE.CZ.

*Děkujeme Vám, za pečlivé vyplnění*

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ PACIENTA:** .....

**RODNÉ ČÍSLO:** ..... **HMOTNOST:** ..... (KG)

**TELEFONNÍ ČÍSLO:** ..... **ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA:** .....

**DŮLEŽITÉ: INFORMUJTE PERSONÁL, MÁTE-LI IMPLANTOVANÝ KARDIOSTIMULÁTOR!!!**
**V TAKOVÉM PŘÍPADĚ NESMÍTE PODSTOUPIT VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ !!!**

Prosíme, pečlivě označte správné odpovědi křížkem!!!

Byl/a jste někdy na stejném MR vyšetření?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	→	Pokud ano, uveďte kdy, popřípadě pracoviště, kde bylo vyš. provedeno		
Kardiostimulátor myostimulátor neurostimulátor	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		Kochleární implantát (sluchová náhrada)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Kardiodefibrilátor-ICD	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		Kovové střepiny v oku	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Inzulínová pumpa	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		Kovové střepiny, špony, šrapnely jinde v těle	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Umělá srdeční chlopeň	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		Oční protéza - umělá čočka	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Implantované stenty (cévní výztuže), cévní klipy, svorky, aj.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	→	Pokud ano, uveďte kdy, a lokalizaci		
Umělé kloubní náhrady	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	→	Pokud ano, uveďte kdy, a lokalizaci		
Kovové implantáty v páteři	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	→	Pokud ano, uveďte kdy, a lokalizaci		
Snímatelná zubní náhrada (zubní implantáty a plomby neuvádět)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		Zhoršená funkce ledvin	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Zubní rovnátka, retenční drátky po rovnátkách	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		Kolostomie (vývod tlustého střeva)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Permanentní make-up	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		Zelený zákal (glaukom)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Tetování	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		Klaustrofobie (strach ze stísněných prostor)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Alergie (potravinová, léková, pylová)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	→	Pokud ano, prosíme, upřesněte		
Byla Vám již v minulosti při nějakém vyšetření podána kontrastní látka?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	→	Pokud ano, bylo to spojeno s nepříjemnými pocity jako, svědění, zkrácení dechu, závratě nebo kolaps?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
<b>Pro ženy:</b> Jste těhotná?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		Kojíte?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

**Upozornění:** Trvalé zubní implantáty nejsou kontraindikací MR vyšetření. Snímatelnou zubní náhradu, šperky, hodinky, brýle, piercingy a jiné kovové předměty je nutné před vlastním vyšetřením odložit! Na MR vyšetření v oblasti hlavy se doporučuje nelíčit se. Nenoste na MR vyšetření cennosti a zbraně! Respektujte prosím pokyny personálu, děkujeme.