


INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU – Vyšetření magnetickou rezonancí

Oddělení: Radiodiagnostické oddělení
Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře:
Datum:

Jméno a příjmení pacienta:
Rodné číslo pacienta:

- Údaje o povaze onemocnění a předpokládaném vývoji (prognóze):**
Při vyšetření MR se využívá elektromagnetické energie, u které dosud nebyly prokázány škodlivé biologické účinky (nejedná se o rentgenové záření). Přesto raději nevyšetřujeme těhotné ženy v prvních třech měsících těhotenství.
V některých indikacích vyžaduje povaha vyšetření aplikaci kontrastní látky do žíly. Kontrastní látky pro MR jsou v naprosté většině speciální sloučeniny na bázi vzácného kovu gadolinia. Nepoškozují ledviny, podávají se v malých dávkách (cca 10-20 ml) a riziko alergické reakce je oproti jodovým kontrastním látkám statisticky významně nižší.
- Údaje o plánovaných postupech při léčbě včetně označení, zda tyto postupy mají nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si z několika možností léčby včetně stručného hodnocení jednotlivých možných postupů:**
Vyšetření MR nemá jinou alternativu.
- Údaje o účelu zdravotního výkonu a o tom, jak bude příslušný výkon probíhat:**
Při vlastním vyšetření budete ležet na vyšetřovacím stole v silném magnetickém poli. Během vyšetření budete slyšet hluk a také můžete cítit teplo ve vyšetřované oblasti. Okolo vyšetřované části těla Vám bude umístěna cívka, která přijímá odezvu z vyšetřované tkáně. Vyšetření obvykle trvá 15 - 45 minut a po tuto dobu je nutno ležet klidně a nehybat se, jelikož každý pohyb vede ke znehodnocení vyšetření. Při vyšetření zvláště orgánů dutiny břišní budete požádáni o zadržení dechu na kratší dobu. Při nevolnosti nebo nepříjemných pocitech během vyšetření můžete kontaktovat personál MR pracoviště pomocí signalizačního zařízení.
Vlastní vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu. Před vyšetřením orgánů dutiny břišní prosíme 2 hodiny nejíst a nepít.
- Údaje o možných rizicích a důsledcích léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:**
Přítomnost magnetického pole vyžaduje zachování přísných bezpečnostních pravidel, a to zejména pro ochranu vašeho zdraví. Jakékoliv kovové předměty mohou způsobit úraz Vám, personálu, případně poškození přístroje! Před vstupem do vyšetřovny odložte v kabině hodinky, klíče, mince, šperky, vlásenky, opasek, naslouchadla, brýle i kontaktní čočky, snímatelné zubní náhrady, bankovní karty, mobilní telefony.
Vyšetření na MR je zcela bezpečné. Může se však stát nebezpečným, pokud má pacient v těle některé kovové přístroje či předměty.
Věnujte prosím pozornost následujícím otázkám a pečlivě je zodpovězte. **Správnou odpověď zakroužkujte:**

| | | |
|---|-----|----|
| Máte zavedený kardiostimulátor | ANO | NE |
| Máte kochleární (ušní) implantát nebo neurostimulátor? | ANO | NE |
| Byl Vám voperován umělý kloub? | ANO | NE |
| Jste po srdeční, mozkové nebo ortopedické operaci? | ANO | NE |
| Máte zavedený stent do srdeční či jiné tepny? | ANO | NE |
| Máte umělou srdeční chlopeň? | ANO | NE |
| Máte voperovanou svorku na jakékoliv cévě v těle? | ANO | NE |
| Víte o jakémkoliv kovovém předmětu v těle (i po úrazu)? | ANO | NE |
| Máte zubní protézu nebo snímatelnou náhradu (můstek, korunka, atd.) | ANO | NE |
| Máte oční protézu? | ANO | NE |
| Trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřených prostor)? | ANO | NE |
| Víte o alergii na jakýkoliv lék či kontrastní látku? | ANO | NE |
| V případě, že ano, uveďte název: | | |
| Máte porušené ledvinné funkce? | ANO | NE |
| Máte tetování případně piercing? | ANO | NE |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., Máchova 400, 256 30 Benešov, IČ: 27253236, www.hospital-bn.cz | |  |
| Identifikační značka: Informační sdělení | Stránka 2 z 2 | |
| Název: Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotního výkonu | Platnost od: 21. 9. 2015 | |

Pro ženy: Jste těhotná? ANO NE
V případě, že ano, v jakém týdnu?
Máte nitroděložní tělíčko? ANO NE

Odpověď „ANO“ na některé z výše uvedených otázek neznámá, že by vyšetření nebylo možné provést. **Absolutní kontraindikací vyšetření je implantovaný kardiostimulátor a kochleární implantát.**

V případě nejasností či s dalšími otázkami se prosím obraťte na personál MR.

5. Údaje o předpokládaném prospěchu léčby jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonů a jejich významu pro zdravotní stav pacienta:

Nejedná se o léčbu, ale o vyšetřovací metodu, která zkvalitní diagnostiku.

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu, lze-li takové omezení předpokládat:

Pokud jsou akceptovány kontraindikace, nemá MR žádné vedlejší účinky.

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Není třeba dodržovat žádný léčebný režim.

8. Pacient prohlašuje, že byl poučen o právu pacienta svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní předpisy toto právo nevylučují.

9. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že obdržel informace podle bodu 1-8 a těmto informacím porozuměl. Jako nedílnou součást tohoto prohlášení pravdivě zakroužkoval(a) odpovědi na položené otázky na této straně.

10. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že lékař, který mu poskytl potřebné informace a poučení, mu osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl možnost klást mu doplňující otázky, na které mu bylo řádně odpovězeno.

11. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasí s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů.

12. Pacient nebo zákonný zástupce prohlašuje, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasí, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Bez souhlasu pacienta je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony:

- jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nich lze uložit povinné léčení,
- jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí,
- není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
- jde-li o nosiče dle zvláštního předpisu.

.....
Podpis lékaře, který pacientovi informaci poskytl

.....
Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Nemůže-li pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.

Pro záznam o odvolání informovaného souhlasu pacientem nebo jeho zákonným zástupcem se použije přiměřené prohlášení o odmítnutí zdravotní péče.

Zákonný zástupce
Jméno a příjmení:
Bydliště:

Datum narození:
Vztah k pacientovi: