

**Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu**Plánovaný výkon: **VYŠETŘENÍ NA MR (MAGNETICKÉ REZONANCI)**

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ: .....

Seznámení provádějící lékař: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce\*: .....

**Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu, a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:**

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
- možné omezení volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

**Prohlašuji,**

- že jsem byl seznámen se všemi způsoby možné léčby mého onemocnění a o jejich rizicích a uvědomuji si, že určitá rizika existují při každé léčbě a že je nelze vždy přesně určit,
- že souhlasím s provedením zvoleného způsobu zdravotního výkonu stejně jako s nutnými vyšetřeními a vedlejšími výkony. Jsem srozuměn s případnými možnými změnami v léčbě nebo možným rozšířením zákroku,
- že pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost lékaři,
- že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví,
- že souhlasím s nezbytným omezením volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě také pacientovi.

Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.**

V Kyjově, dne:..... čas:.....

podpis: .....  
*pacient (zákonný zástupce) seznámení provádějící lékař***V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:**

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:.....

jméno a příjmení svědka:..... podpis:.....

*\*vyplní se v případě, že pacienta zastupuje zákonný zástupce*

## Příloha k informovanému souhlasu

Vážená paní, vážený pane,

bylo Vám navrženo provedení níže uvedeného zdravotního výkonu. Rádi bychom Vás seznámili se všemi důležitými skutečnostmi, které se výkonu a Vaší osoby týkají.

### **1. Název výkonu: VYŠETŘENÍ NA MR (MAGNETICKÉ REZONANCI)**

#### **2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Vyšetření na přístroji magnetická rezonance je moderní diagnostická metoda zobrazující tkáně lidského těla pomocí silného magnetického pole. Vyšetření umožní posouzení anatomických poměrů a zjištění patologických odchylek ve vyšetřované části těla.

#### **3. Průběh zdravotního výkonu:**

Po vstupu do přípravné kabinky budete vyzván/a k odložení Vašeho svrchního oděvu, abychom vyloučili přítomnost jakéhokoli kovového předmětu v magnetickém poli. K převlečení Vám poskytneme empírový plášť. Před vstupem do vyšetřovny odložte v kabině hodinky, klíče, mince, šperky, vlásenky, paruku, opasek, naslouchadla, brýle i kontaktní čočky, snímatelné zubní náhrady, bankovní karty, mobilní telefony. K vyšetření přicházejte bez naličení – bez řasenek, make-upu, pudrů, vlasových gelů, laků apod. Pokud budete naličená, budete vyzvána k odstranění make-upu.

Při vyšetření ležíte na pohyblivém stole, kolem vyšetřované oblasti Vám bude umístěna cívka, která přijímá odezvu z vyšetřované tkáně. Následně s Vámi lůžko zajede do malého tunelu, což může vyvolat nepříjemné pocity. Ujišťujeme Vás, že po celou dobu vyšetření je tunel zásobován čerstvým vzduchem z ventilátoru, personál Vás po celou dobu vyšetření sleduje kamerou a jste s ním spojen/a prostřednictvím signálního tlačítka, které budete držet během vyšetření v ruce. Během vyšetření budete slyšet hluk, který vydává přístroj. V případě potřeby bude Váš sluch chráněn sluchátky či ušními ucpávkami. Vyšetření obvykle trvá 15-45 minut a po tuto dobu je nutno klidně ležet a nehýbat se, protože každý pohyb vede ke znehodnocení vyšetření.

V případě potřeby je Vám intravenózně (vstříkem do žíly) aplikována kontrastní látka (dále jen KL) v množství 5-20 ml (její množství je závislé na hmotnosti pacienta a dalších faktorech). Kontrastní látka zvýrazní odlišení jednotlivých tkání. KL je relativně bezpečná a alergie na ni se vyskytují vzácně.

U některých vyšetřovaných orgánů je dále nutná speciální příprava (např. nutnost vyprázdnění, popíjení vody, nálev do konečníku, aplikace kontrastní látky do kloubu apod.). O případné přípravě k vyšetření Vás informuje ošetřující či odesílající lékař, případně naši radiologové či radiologičtí asistenti.

#### **4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:**

Škodlivé biologické účinky silného magnetického pole nebyly dosud prokázány. Přesto je vyšetření na MR v těhotenství (zvláště v jeho prvních 3 měsících) pokládáno za rizikové (v zájmu ochrany vývoje plodu).

Možné komplikace punkce žíly: ruptura (prasknutí) žíly spojená s krevním výronem, únik KL mimo žílu, zánět žíly či okolí místa vpichu.

Možné vedlejší účinky při podání KL: nevolnost, točení a bolest hlavy.

Možné projevy alergické reakce po podání KL: nevolnost, skvrny na kůži, bušení srdce, bolest na hrudi, pokles krevního tlaku, zvracení, dýchací obtíže, kardiovaskulární selhání.

V případě komplikací je pracoviště vybaveno k jejich zvládnutí. Pokud by se tyto komplikace vyskytly po ambulantním vyšetření až po opuštění naší nemocnice, kontaktujte neprodleně záchrannou službu na tel. 155.

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!** Věnujte prosím pozornost následujícím otázkám a pečlivě je zodpovězte. Správnou odpověď **zakroužkujte**:

Máte zavedený kardiostimulátor (pacemaker) či defibrilátor?	ANO	NE
Měl jste dříve kardiostimulátor nebo jiný přístroj a zbyly Vám v těle elektrody?	ANO	NE
Máte kochleární (ušní) implantát nebo neurostimulátor?	ANO	NE
Máte inzulínovou pumpu?	ANO	NE
Byl Vám voperován umělý kloub (endoprotéza)?	ANO	NE
Jste po srdeční, mozkové nebo ortopedické operaci?	ANO	NE
Máte zavedený stent (cévní výztuž) do srdeční či jiné tepny?	ANO	NE
Máte umělou srdeční chlopuň?	ANO	NE
Máte voperovanou svorku na jakémkoliv cévě v těle?	ANO	NE
Víte o jakémkoliv kovovém předmětu v těle či oku (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? V případě, že ano, uveďte název: .....	ANO	NE
Trpíte astmatem?	ANO	NE
Máte porušené ledvinné funkce?	ANO	NE
Máte tetování, případně piercing?	ANO	NE
<b>Speciální dotazy pro ženy:</b>		
Jste těhotná? V případě, že ano, v jakém týdnu? .....	ANO	NE
Jste kojící matka?	ANO	NE
Máte nitroděložní tělíčko?	ANO	NE

Odpověď „ANO“ na některé z výše uvedených otázek **neznamená, 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. Možná omezení v obvyklém způsobu života, pracovní schopnosti a zdravotní způsobilosti:

MR vyšetření Vás nijak neomezí v obvyklém způsobu života.

#### 6. Údaje o dalším postupu a režimu po provedení výkonu:

Po vyšetření s aplikací KL nitrožilně, pokud nenastanou komplikace, zůstává vyšetřovaný cca 30 minut v čekárně, poté může na pokyn zdravotnického pracovníka odejít. Pacienti z oddělení, pokud u nich nenastanou komplikace, jsou ihned po vyšetření transportováni zpět na oddělení a kontrolu nad jejich zdravotním stavem zajistí ošetřující lékař. Kojící matky po aplikaci kontrastní látky přeruší kojení na 24 hodin (je proto vhodné před vyšetřením nasbírat na tuto dobu mléko do zásoby). Během 24 hodin se kontrastní látka vyloučí z těla.

#### 7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:

Dle vyšetřované oblasti lidského těla – nejčastěji ultrazvuk či CT. Pro některá onemocnění není jiná alternativní vyšetřovací metoda.