

Krajská zdravotní, a.s.-Nemocnice Litoměřice, o.z.
se sídlem ul.: Žitenická 2084, 412 01 Litoměřice, IČ: 25488627, tel. LT 416 723 111
Oddělení radiologie a zobrazovacích metod

Písemný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s poskytnutím zdravotního výkonu: Vyšetření magnetickou rezonancí

Pacient:

Jméno a příjmení: R.č./datum narození
event. (u nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům): zákonný zástupce pacienta/rodiče pacienta, jedná-li se o zdravotní služby, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho život, nebyl-li předložen jiný dokument opravňující k podpisu jen jednoho z rodičů:

Jméno a příjmení:	R.č./datum narození
Bydliště	Vztah k pacientovi
Jméno a příjmení:	R.č./datum narození
Bydliště	Vztah k pacientovi

I. Informace o povaze onemocnění:

Diagnóza: Diagnostická metoda pro vyšetřování především měkkých tkání celého lidského těla.

II. Informace o potřebném diagnostickém výkonu:

Očekávaný přínos výkonu a jeho účel:

Zobrazování magnetickou rezonancí (MR) je moderní diagnostická metoda, u které doposud nebyly prokázány (odborně publikovány) zdraví škodlivé biologické účinky. Přesto raději nevyšetřujeme těhotné ženy v prvních třech měsících těhotenství.

Popis výkonu:

Při vlastním vyšetření budete ležet na vyšetřovacím lůžku v silném magnetickém poli. Během vyšetření budete slyšet hluk a také můžete cítit teplo ve vyšetřované oblasti těla, v jejímž okolí Vám bude umístěna cívka ke snímání signálů z tkání. Vyšetření obvykle trvá 15 – 45 minut (v ojedinělých případech i více než 1 hodinu) a po tuto dobu je nutné klidně ležet a nehýbat se. Každý pohyb totiž vede ke znehodnocení vyšetření. V případě potřeby budete požádáni o zadržení dechu na kratší dobu. MR vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu. Pouze před vyšetřením je nutné 2 hodiny nejíst. Při nevolnosti nebo jiných problémech během vyšetření můžete pomocí signalizačního zařízení (stisknutím balónku) kontaktovat personál MR.

V některých případech vyžaduje povaha vyšetření podání malé dávky kontrastní látky do žíly (cca 10 – 20 ml). Kontrastní látky pro MR jsou speciální sloučeniny na bázi vzácného kovu gadolinia. Riziko alergické reakce a poškození funkce ledvin po podání těchto kontrastních látek je oproti kontrastním látkám na bázi jódu statisticky významně nižší. Při závažné poruše funkce ledvin, může vzácně dojít k nefrogenní systémové fibróze.

Přítomnost silného magnetického pole vyžaduje zachování přísných bezpečnostních pravidel pro ochranu Vašeho zdraví. Jakékoliv kovové předměty mohou způsobit úraz Vám nebo personálu, či případně poškození přístroje. Před vstupem do vyšetřovny si odložte v kabině hodinky, klíče, mince, šperky, bankovní karty, mobilní telefony, vlásenky, opasek, naslouchadla, brýle i kontaktní čočky a snímatelné zubní náhrady. V případě MR vyšetření mozku a obličeje je nutné se odlíčit.

Z důvodů ohrožení života je absolutní kontraindikací vyšetření implantovaný MR nekompatibilní kardiostimulátor, defibrilátor (kardioverter), neurostimulátor a kochleární (ušní) implantát.

Datum a místo provedení výkonu:

Datum, jméno a podpis informujících zdravotníků:

Radiologický asistent, sestra:

Lékař:

Předpokládaná doba omezení obvyklého způsobu života, příp. pracovní schopnosti (Nutné též uvést očekávanou změnu zdravotní způsobilosti po provedeném výkonu):

Omezení způsobu života po výkonu se nepředpokládá.

Způsob a podání anestézie – znecitlivění:

Výkon se provádí bez anestezie. V případě potřeby u hospitalizovaných pacientů s analgezií, kterou poskytne ošetřující a indikující lékař.

Další potřebná léčba, léčebný režim, příp. doporučení, poznámky a rady (včetně vhodných preventivních opatření a kontrolních zdravotních výkonů):

V případě podání kontrastní látky je po výkonu vhodný zvýšený příjem tekutin. Jinak bez omezení obvyklého způsobu života.

III. Rizika výkonu a možné důsledky (obecná, individuální):

Vzhledem k návštěvě zdravotnického zařízení a případné aplikaci kontrastní látky může i přes veškerá přijatá preventivní opatření vzácně dojít infekční komplikaci. V této souvislosti je nutná Vaše součinnost, spočívající zejména v dodržování pravidel nemocničního řádu a dbát na zvýšenou hygienu.

IV. Alternativy výkonu:

Výčet dostupných alternativ:

Počítačová tomografie (CT) a/nebo ultrazvukové vyšetření.

V. Odpovědi na doplňující otázky pacienta:

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

Odpověď ANO na některé z níže uvedených otázek ještě neznamena, že by vyšetření nebylo možné provést.

Jste po srdeční, mozkové nebo jiné operaci? ANO NE

V případě, že ano, uveďte jaké a kdy:

Jste po operaci aneuryzmatu (výdutě tepny) v mozku? ANO NE

Máte zavedený kardiostimulátor (pacemaker) nebo defibrilátor (ICD)? ANO NE

Máte zavedený kochleární (ušní) implantát nebo neurostimulátor? ANO NE

Máte zavedené (ponechané) elektrody v oblasti srdce? ANO NE

Máte zavedenou inzulínovou pumpu? ANO NE

Máte zavedenou náhradu srdeční chlopiče? ANO NE

Máte zavedený stent do srdeční či jiné tepny? ANO NE

Máte zavedenou cévní svorku, spirálu nebo žilní filtr? ANO NE

Máte kovový implantát nebo předmět v těle (po úraze, po práci s kovy, po operaci)? ANO NE

Máte zubní protézu nebo zubní náhradu (můstek, implantát)? ANO NE

Máte oční protézu nebo cizí těleso v oční (kovovou střepinu)? ANO NE

Trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřených prostor)? ANO NE

Trpíte alergií (astma, na lék či kontrastní látku, atd.)? ANO NE

V případě, že ano, uveďte na co:

Máte sníženou funkci ledvin nebo závažné onemocnění ledvin? ANO NE

Máte na těle tetování nebo piercing? ANO NE

Uveďte jaká je Vaše výška a váha?

Pro ženy:

Můžete být nebo jste těhotná? ANO NE

V případě, že ano, uveďte v jakém týdnu:

Máte zavedené nitroděložní tělíčko (IUD)? ANO NE

Kojíte? ANO NE

Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popř. jeho zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o plánovaném diagnostickém výkonu (vyšetření) / léčebném výkonu, a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient byl též seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita. Pacient byl poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o dalším postupu.

MUDr.

Datum:

Jméno a příjmení lékaře

Podpis lékaře

MUDr.

Datum:

Jméno a příjmení lékaře

Podpis lékaře indikujícího daný výkon

Souhlas pacienta

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o plánovaném diagnostickém výkonu (vyšetření) / léčebném výkonu / anestézii (viz bod II.) včetně upozornění na možné komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující otázky (pokud byly položeny). Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením diagnostického výkonu (vyšetření) / léčebným výkonem (viz bod II.) / s použitím popsané anestézie (sedace). 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 mého života a zdraví. Všemmu jsem porozuměl a s navrženým postupem souhlasím.

Datum:

.....
podpis pacienta.....
podpis zákonného zástupce

Jména, příjmení a podpisy svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud není pacient schopen se podepsat

Jméno a příjmení

vztah k pacientovi

.....
podpis

Jméno a příjmení

vztah k pacientovi

.....
podpis

Důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a jakým způsobem projevil svou vůli