



Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM MAGNETICKÁ REZONANCE

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

•

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Magnetická rezonance je vyšetřovací metoda, která využívá silné magnetické pole. Není založena na rentgenovém záření. Vyšetření magnetickou rezonancí se provádí zpravidla v několika sériích. Každá trvá mezi 6-10 minutami. Celé vyšetření trvá 20 až 40 minut a není bolestivé. V průběhu vyšetření uslyšíte hlasité klapání, které patří k vyšetření. V této době je nutné ležet klidně, uvolněně, nehýbat se a nemluvit. Každý pohyb vede ke znehodnocení vyšetření.

V některých případech je nutná aplikace kontrastní látky, o její aplikaci rozhodne lékař individuálně u každého vyšetření.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Rizika magnetické rezonance mohou nastat zejména v případě nedodržení omezení (kontraindikací). Přítomnost MR nekompatibilního kardiostimulátoru, defibrilátoru, kochleárního implantátu či ponechané elektrody těchto zařízení jsou absolutní kontraindikací pro vyšetření magnetickou rezonancí (viz.níže). Chirurgické materiály jsou relativní kontraindikací pro vyšetření v 6 týdnech po chirurgickém výkonu.

Alergické reakce po aplikaci Gadoliniové kontrastní látky jsou výjimečné, ve srovnání s kontrastními jódovými látkami používanými při RTG či CT vyšetření podstatně méně časté.

Absolutní kontraindikace:

- Implantovaný kardiostimulátor nebo defibrilátor (ICD), pokud není písemně doložena jejich MR kompatibilita.
- Ponechané elektrody po deplantaci kardiostimulátoru nebo defibrilátoru.
- Aneurymatické cévní svorky (klipy), pokud není písemně doložena jejich MR kompatibilita.
- Elektronické implantáty (kochleární, inzulinová pumpa atd.), pokud není písemně doložena MR kompatibilita.
- Kovová cizí tělesa z jiného, než prokazatelně nemagnetického kovu: intrakraniálně intraorbitálně.

Relativní kontraindikace:

- Stenty (cévní výztuže), žilní filtry, kovový embolizační materiál a okludery méně než 6 týdnů po implantaci, pokud není písemně doložena jejich MR kompatibilita.
- Kloubní náhrady, osteosyntetický materiál a dentální implantáty méně než 6 týdnů po implantaci, pokud není písemně doložena jejich MR kompatibilita.
- Kloubní náhrady a osteosyntetický materiál se známkami uvolňování.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Počítačová tomografie (CT): CT je rychlejší vyšetření, volené u akutních stavů (úraz, cévní příhoda mozková). CT lépe posoudí kortikální kost, MR lépe zobrazí kostní dřeň.
- Ultrazvuk: hodnocení měkkých tkání, cév dostupných vyšetření.

5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

- V souvislosti s vyšetřením se omezení v běžném způsobu života ani změny zdravotní způsobilosti nepředpokládají. Pokud jde o vyšetření v celkové anestézii, pak se doporučuje 1 denní hospitalizace.

6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

Pokud bylo provedeno vyšetření s kontrastní látkou, pacient počká 30 minut v čekárně MR. V případě, že by se po vyšetření s kontrastní látkou dostavily možné projevy alergie (např. kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) až mimo areál nemocnice, okamžitě uvědomte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo (po ambulantním MR vyšetření) lékařskou pohotovostní službu.

Pokud nebylo lékařem určeno jinak, kojící matky po aplikaci kontrastní látky přeruší kojení na 24 hodin.

V případě provedení vyšetření s MR kompatibilním kardiostimulátorem je u některých typů potřeba zpět přenastavit na kardiologii do normálního režimu (bude vás informovat personál MR pracoviště).

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta * /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřeně jeho rozumově a volně vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka