

INFORMOVANÝ SOUHLAS

VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištěnce): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

e-mail: Tel. číslo:

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař
vyšetření magnetickou rezonancí (MR vyšetření).

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Příprava k výkonu

Vyšetření se provádí v silném magnetickém poli, je nebolestivé a nevyžaduje u dospělých a větších dětí žádnou přípravu.

Výjimkou je vyšetření střev (MR enterografie, kolonografie), které vyžaduje vyprázdnění střevního obsahu před vyšetřením.

Po příchodu do čekárny magnetické rezonance se posaďte a vyčkejte na vyzvání ke vstupu do kabinky. Můžete si v duchu připravit odpovědi na následující otázky, které Vám ještě před vyšetřením položí vyšetřující radiologický asistent. Otázky je nutné z důvodu Vašeho bezpečí pravdivě zodpovědět, protože silné magnetické pole může poškodit nebo dislokovat (změnit umístění v těle) všechny kovové předměty, které Vám kdy byly vpraveny do těla, a to nejspíše účelově při některém z operačních zákroků (např. kovové svorky apod.)

Postup při výkonu

Po vstupu do přípravný budete vyzván/a k odložení vašeho svrchního oděvu, abychom vyloučili přítomnost jakéhokoli kovového předmětu v magnetickém poli. Budete vyzváni k odložení podprsenky, paruky, vlasenek, pinet, vlasových jehlic, špendlíků, svorek apod., všech kovových mincí, kreditních karet, náprsních tašek, brýlí, prstenů a šperků. Na požádání Vám poskytneme empírový plášť.

Před vlastním vyšetřením budete požádán/a o podpis informovaného souhlasu, kterým stvrdíte, že jste byl na výše uvedené okolnosti dotázán. Nevyhovění výše uvedené přípravě bude důvodem k odmítnutí provedení vyšetření.

Po splnění výše uvedeného budete uveden/a do vyšetřovny, kde již působí magnetické pole. Radiologický asistent Vás uloží většinou na záda na vyšetřovací stůl. Budete požádán/a, abyste po celou dobu vyšetření, která se pohybuje mezi 15-60 minut, klidně ležel/a, pravidelně dýchal/a, nesmrkal/a a neškrabal/a se. Vyšetření bude provázeno velkým hlukem, který způsobují přístrojové součásti.

Tento hluk je normálním úkazem a neměl by Vás znepokojovat. Dostanete chrániče sluchu, radiologický asistent Vám je poskytne. Bude-li povaha vyšetření vyžadovat aplikaci kontrastní látky, bude Vám do žíly zavedena nitrožilní kanylka.

Poté budete zavezen/a na lůžku do tunelu, což může vyvolat i nepříjemné pocity. Ujišťujeme Vás, že po celou dobu vyšetření je tunel zásobován čerstvým vzduchem z ventilátoru, personál Vás po celou dobu vyšetření sleduje a jste s ním spojeni prostřednictvím mikrofonu. Do ruky Vám vložíme speciální tlačítko, které můžete použít v případě jakýchkoli nepříjemných pocitů, jež nezvládáte potlačit. Náš personál má možnost Vás během několika vteřin vyvézt z tunelu ven.

Rizika a možné komplikace výkonu

Během vyšetření se může objevit tzv. panická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru, úzkost, tíseň, neklid. Z těchto důvodů máte možnost zmáčknutím speciálního tlačítka, uloženého trvale ve Vaší ruce, ohlásit vyšetřujícímu personálu tuto obtíž. Personál se bude akutním problémem účinně zabývat.

Výskyt alergických reakcí (například dechová tíseň, pokles krevního tlaku) na kontrastní látky používané při vyšetření magnetickou rezonancí je velmi vzácný, ujišťujeme Vás však, že jsme plně i na tuto eventualitu připraveni a léčebně zakročíme. Pokud by se po ambulantním vyšetření s kontrastní látkou dostavily projevy alergie (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) až po opuštění naší nemocnice, okamžitě kontaktujte č.155 nebo 112.

Chování po výkonu, možná omezení

Po vyšetření budete odveden/a zpět do kabinky. Po oblečení budete moci buď sám/a, nebo s doprovodem sestry či jiné doprovázející osoby, odejít zpět na nemocniční oddělení nebo domů. MR vyšetření Vás/Vaše dítě nijak neomezí v obvyklém způsobu života.

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.

Jakékoli Vaše otázky v souvislosti s MR vyšetřením zodpoví vyšetřující laborant nebo ošetřující/ vyšetřující lékař.

Pravidelně kladené otázky

- máte zavedený kardiostimulátor/defibrilátor (tj. přístroj, voperovaný pod kůži, který řídí činnost ano ne srdce) nebo Vám byl takový přístroj vyjmut a byly ponechány na místě jeho elektrody?
- jste po operaci umělého kloubu nebo zlomeniny některé kosti? ano ne
- máte v srdci umělou srdeční chlopeň? ano ne
- máte v těle voperovanou inzulinovou pumpu? Cévní výztuž (stent)? Žilní filtr? Kovový embolizační materiál (okluder = ucpávku)? ano ne
- jste po jakékoli operaci (např. srdečního by-passu s kovovými klipsy, operaci mozku, cév, oka, ledvin, po zlomenině kostí atd.)? ano ne
- víte, že byste měli mít kdekoli v těle kovový předmět (jehlu, drát, dlahu, kovovou střešinu)? ano ne
- byl/a jste někdy zraněn/a kulkou, šrapnelem, broky, střešinami granátu? ano ne
- máte oční protézu? ano ne
- léčíte se na nějakou chorobu ledvin? ano ne
- máte ušní (kochleární) naslouchadlo? ano ne
- máte zavedený kavální filtr (filtr do dolní duté žíly)? ano ne
- máte zavedený metalický stent? ano ne
- máte na těle tetování nebo permanentní make-up? ano ne
- máte zubní protézu z kovu? ano ne
- máte v těle jinou protézu? ano ne
- máte kovovou střešinu v oku? ano ne
- pracoval/a jste jako kovodělník? ano ne
- máte v těle piercingové (kovové ozdoby) kroužky? ano ne
- trpíte alergií na nějakou látku, věc nebo potravinu? ano ne
- byl/a jste již někdy vyšetřen/a magnetickou rezonancí? Kdy.....Kde..... ano ne
- máte implantovaný elektronický přístroj? ano ne

Speciální dotazy pro ženy

- máte zavedené intrauterinní tělísko (nitroděložní antikoncepci)? ano ne
- jste těhotná? Pokud ano, kolik týdnů? ano ne

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po zdravotním výkonu a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života mého (mého dítěte).

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.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Kontraindikace nezjištěny.

Indikující lékař poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

.....
podpis

Radiologický asistent poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

.....
podpis

Provádějící lékař poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

.....
podpis

V Havířově dne:

v

hodin

.....
podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce

Vyplňte v případě, že se pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěddek:

jméno a příjmení
narození)

podpis (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Havířov, uveďte se adresa a datum

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

.....
podpis

Svěddek:

jméno a příjmení
narození)

podpis (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Havířov, uveďte se adresa a datum