



## INFORMOVANÝ SOUHLAS k vyšetření na magnetické rezonanci

Pacient: \_\_\_\_\_ ČP: \_\_\_\_\_ Poj.: \_\_\_\_\_

### A - Účel, důvod zákroku (vyšetření)

### B - Pacientův stav vyžaduje následující zákrok (vyšetření)

viz informace na 2.straně listu

### C - Rizika zákroku (vyšetření)

(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření))

- kontraindikací k vyšetření je přítomnost kardiostimulátoru v těle
- přítomnost kovových předmětů v těle (kovové střeptiny, protézy, ušní implantáty, operační kovový materiál, svorky, inzulinové pumpy, aj.)
- klaustrofobie
- alergické reakce
- 

### D - Jiné relevantní možnosti léčby a jejich rizika

- CT
- sono
- 

### E - Další důležité informace ke snížení rizika komplikací (pokud ANO, označte, případně uveďte jaké)

- trpíte úzkostí z uzavřených prostor (klaustrofobií)?
- máte implantován kardiostimulátor, kardioverter-defibrilátor(ICD), chlopenní náhrady?
- máte voperovány cévní svorky, embolizační spirály, venózní porty, inzulinové pumpy, Kochleární implantát, neurostimulátor?
- máte naslouchadlo, kontaktní čočky, nitroděložní tělíčko, kovové implantáty, kovové střeptiny, úlomky či cizí tělesa?
- trpíte alergií na léky?
- máte alergii na prach, pyly, zvířata, bodnutí hmyzem?
- jste těhotná?

### F - Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací

- Včasné informování zdravotního personálu o Vašich případných potížích zabrání rozvoji možných komplikací

### G - Pacientův informovaný souhlas

Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji:

- že jsem nezamlčel žádné informace o mém zdravotním stavu
- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, které jsou s tímto zákrokem spojeny a s riziky, které jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a možnými riziky zákroku
- bylo mi umožněno položit lékaři otázky, týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ. Otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl(a) požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

### H - Prohlášení lékaře

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

Datum: \_\_\_\_\_ Jméno lékaře: \_\_\_\_\_ Podpis lékaře: \_\_\_\_\_

## **Informovaný souhlas k vyšetření magnetickou rezonancí**

**Vážený pane, vážená paní,**

v případě Vašeho onemocnění bylo indikováno Vaším ošetřujícím lékařem vyšetření magnetickou rezonancí.

Při tomto vyšetření nejste vystaveni rentgenovému záření, ale jste umístěni v silném magnetickém poli, kde působením vysokofrekvenčních elektromagnetických impulzů získáme obraz vyšetřované oblasti.

### **Postup vyšetření:**

Vyšetření se provádí vleže na vyšetřovacím stole, kde je nutné ležet v naprostém klidu v čase od 15 do 60 minut. Po celou dobu vyšetření budete v kontaktu se zdravotnickým personálem pomocí sluchátek a v ruce budete mít tlačítko zvonku, kterým můžete v případě potřeby přivolat personál pracoviště.

Neklidní pacienti, pacienti, trpící klaustrofobií (strachem ze stísněných prostor), nebo malé děti jsou po domluvě s lékařem vyšetřeni v celkové anestézii.

Během vyšetření dle rozhodnutí vyšetřujícího lékaře Vám může být aplikována do žíly kontrastní látka, která se během krátké doby z těla vyloučí.

Po ukončení výkonu doporučujeme 15 minut počkat v čekárně, zvláště po podání kontrastní látky, a dbát na zvýšený příjem tekutin během celého dne.

**Na našem oddělení budete vyšetřen(a) erudovaným personálem i kvalitním přístrojem, splňujícím náročné normy.**

**Pro snížení možného rizika na minimum se provádějí před výkonem testy na krevní srážlivost, odebírá se alergická anamnéza a hospitalizovaný pacient se připravuje na výkon případnou premedikací.**