

MAGNETICKÁ REZONANCE



Příjmení a jméno pacienta:			
Rodné číslo:			
Tělesná váha:		Pojišťovna:	

U nezletilých osob, u osob neschopných udělit souhlas či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům vyplní zákonný zástupce pacienta nebo svědek, který byl přítomen projevu souhlasu (nemůže-li se pacient podepsat):

Jméno a příjmení zákonného zástupce (opatrovníka):

Datum narození zástupce:

Důvody, pro něž pacient nemohl souhlas podepsat:

Vážený pane, vážená paní, vážení rodiče,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař vyšetření magnetickou rezonancí (MR vyšetření). Jedná se o jednu z nejmodernějších vyšetřovacích metod, která je v současné době schopna vyšetřit většinu orgánů lidského těla, včetně mozku, páteře, cév, kloubů, pánve i břišních orgánů. **Vyšetření není založeno na principu rentgenových paprsků.** U elektromagnetické energie, která se při MR používá, nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. Přesto se raději vyhýbáme vyšetření těhotných žen v prvních třech měsících těhotenství. Začátek vyšetření se může zpozdít v případě nenadálé nutnosti předřazení akutního vyšetření. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Objevení a zhodnocení případné choroby ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení již známých změn k rozvaze o eventuálních dalších vyšetřovacích nebo léčebných výkonech.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Vyšetření výpočetní tomografií (CT), které je zatížené ionizačním zářením a vyšší četností alergické reakce při podání kontrastní látky, nebo tam, kde je to vhodné a možné, vyšetření ultrazvukem. Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl Váš ošetřující lékař, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Rizika a možné komplikace výkonu

Během vyšetření se může objevit tzv. panická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru, úzkost, tíseň, neklid. Tuto obtíž můžete ohlásit vyšetřujícímu personálu zmáčknutím **signálního tlačítka**, které držíte během vyšetření v ruce. Personál se bude akutním problémem ihned zabývat a má možnost Vás během několika vteřin vyvézt z tunelu. Vyšetření je provázeno **velkým hlukem**, který způsobují přístrojové součásti. Tento hluk je normálním úkazem a neměl by Vás znepokojovat. **Chrániče sluchu** Vám samozřejmě rádi poskytneme. **V některých případech je nutná aplikace kontrastní látky** (jde o cheláty gadolinia, nikoli o jódové preparáty), proto je vhodné vědět, zda pacient v minulosti prodělal nějakou alergickou reakci. Po podání kontrastní látky se mohou vyskytnout bolesti hlavy, nevolnost, krátkodobé závratě, bolesti v místě injekce. Zcela vzácně se mohou vyskytnout reakce alergického typu, kožní vyrážky, zvracení, problémy s dýcháním, otoky, poruchy srdečního rytmu, poškození ledvin. Z tohoto důvodu je nutné uvést, zda pacient netrpí dlouhodobou poruchou funkce ledvin. Výskyt alergických reakcí na kontrastní látky používané při vyšetření magnetickou rezonancí je velmi vzácný. Náš personál je obeznámen s metodikou zvládnutí alergických reakcí. O případné aplikaci kontrastní látky rozhoduje vyšetřující lékař (radiolog). V případě, že máte **alergii na kontrastní látku**, lze vyšetření MR provést tzv. nativně, tj. bez podání kontrastní látky. **Kojící matky po aplikaci MR kontrastní látky přeruší kojení na 24 hodin**, je vhodné před vyšetřením nasbírat na tuto dobu mléko do zásoby.

Vyšetření na MR je bezpečné. Může se však stát nebezpečným, pokud má pacient v těle či na těle některé kovové přístroje či předměty, proto je nutné vše před vyšetřením odložit (zubní protézy, naslouchadla, protetické pomůcky, podprsenku, opasek, paruku, vlásenky, pinety, vlasové jehlice, špendlíky apod.), kovové mince, klíče, hodinky, kreditní karety, náprsní tašku, brýle, mobilní telefon, piercing, prsteny a šperky, jinak může dojít k jejich poškození či poranění pacienta či personálu.

Příprava k výkonu

Vyšetření se provádí v silném magnetickém poli, je nebolestivé a téměř nevyžaduje žádnou speciální přípravu (mimo vyšetření břicha a pánve). Na vyšetření mozku a obličejové části přicházejte bez kontaktních čoček a nenalíčení, bez řasenek, make-upu, pudrů, vlasových gelů, laků apod. Pokud budete nalíčená, budete vyzvána k odstranění make-upu.

Výjimkou je vyšetření břišní oblasti a pánve:

- **MR enterografie** (vyšetření tenkého střeva), k vyšetření je zapotřebí dokonalé vyprázdnění střevního obsahu před MR vyšetřením, proto je doporučena několikadenní dieta
- **MR jater, slinivky** je doporučeno před vyšetřením být nalačno 3 hodiny (tedy žádné tekutiny ani jídlo)
- **MR pánve** je doporučeno nepít 2 hodiny a těsně před výkonem si dojit na toaletu

Postup před a při výkonu (vyšetření):

Z důvodu bezpečnosti a ochrany zdraví je nutné před a během vyšetření dodržovat veškeré pokyny vyšetřujícího personálu. Po vstupu do přípravné kabinky **odložte** Váš oděv, abychom vyloučili přítomnost jakéhokoliv kovového předmětu v magnetickém poli. Zároveň **odložte** zubní protézy, naslouchadla, protetické pomůcky, podprsenku, opasek, paruku, vlásenky, pinety, vlasové jehlice, špendlíky apod., kovové mince, klíče, hodinky, kreditní karety, náprsní tašku, brýle, mobilní telefon, piercing, prsteny a šperky. Na vyšetření je možné si donést vlastní bavlněné triko. Bude-li potřeba aplikace kontrastní látky, bude Vám do žíly zavedena kanylá (plastová hadička), kontrastní látka pak bude aplikována do této kanyly.

Po splnění výše uvedených úkonů budete uveden/a do vyšetřovny, kde již působí magnetické pole. Radiologický asistent Vás uloží na vyšetřovací stůl. Okolo nebo pod vyšetřovanou částí těla Vám bude umístěna cívka, která přijímá odezvu z vyšetřované tkáně. Poté budete zavezen/a na lůžku do tunelu, což může vyvolat nepříjemné pocity. Ujistíme Vás, že je tunel zásobován čerstvým vzduchem z ventilátoru, personál Vás po celou dobu vyšetření sleduje kamerou a jste s ním spojen/a prostřednictvím mikrofónu. Jakoukoli obtíž lze ji ohlásit vyšetřujícímu personálu **zmáčknutím signálního tlačítka**, které držíte během celého vyšetření v ruce. Po celou dobu vyšetření, které trvá zhruba 15-45 minut, **klidně ležte, nehýbejte se**, nesmrkejte, neškrabte se a pravidelně dýchejte. **Každý Váš pohyb znehodnotí vyšetření.** Při vyšetření orgánů dutiny břišní budete opakovaně požádáni o zadržení dechu na kratší dobu, zhruba 15 až 20 vteřin. Vyšetření je provázeno velkým hlukem, který způsobují přístrojové součásti. Tento hluk je normálním úkazem a neměl by Vás znepokojovat. Chrániče sluchu Vám samozřejmě rádi poskytneme.

Po výkonu (vyšetření):

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte náš personál. Po ukončení vyšetření budete odveden/a zpět do kabinky, pečlivě si překontrolujte všechny odložené věci a následně budete moci odejít domů. **Po vyšetření s kontrastní látkou pacient vyčká ještě 20 minut v čekárně** kvůli možnosti opožděné alergické reakce na kontrastní látku. Pokud by se po vyšetření s kontrastní látkou dostavily projevy alergie (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) až po opuštění zdravotnického zařízení, okamžitě uvědomte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo lékařskou pohotovostní službu. Kojící matky po aplikaci kontrastní látky přerušují kojení na 24 hodin, než se kontrastní látka vyloučí z těla. po provedeném vyšetření s aplikací kontrastní látky je nutná dostatečná hydratace, tj. alespoň 2 litry tekutin. MR vyšetření Vás/Vaše dítě nijak neomezí v obvyklém způsobu života.

Po vyšetření dochází k vlastnímu zpracování získaných informací, písemné výsledky budou automaticky zaslány lékaři, který Vás na vyšetření odeslal. Kopii pořízených snímků z MR vyšetření Vám za poplatek můžeme vypálit na náš CD nosič, ev. lze zaslat kopii nálezu (popisu) na Váš soukromý mail po vyplnění speciálního souhlasu.

Máte-li kardiostimulátor, implantovaný defibrilátor, kochleární implantát či kovové střeptiny po úraze kdekoli v těle NESMÍTE být vyšetřeni magnetickou rezonancí!!!

Upozorněte, prosím, na tuto skutečnost náš personál!!!

Vyšetření na MR je bezpečné. Může se však stát nebezpečným, pokud má pacient v těle či na těle některé kovové přístroje či předměty. Silné magnetické pole může porušit funkci nebo změnit umístění všech kovových předmětů, které vám kdy byly vpraveny do těla, a to nejspíše účelově při některém z operačních zákroků.

Proto je důležité pravdivě vyplnit následující dotazník.

Odpověď „ANO“ na některé z dále uvedených otázek **neznamena**, že by vyšetření nemohlo být provedeno. V případě nejasností a s dalšími otázkami se, prosím, obraťte na personál pracoviště MR.

Napište pravdivě ANO či NE

Prosím, neproškrťujte!

Máte v těle kardiostimulátor, defibrilátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce?		
Měl/a jste dříve v těle kardiostimulátor, defibrilátor nebo jiný přístroj a zbyly Vám elektrody?		
Máte v těle neurostimulátor ? Jakýkoliv typ biostimulátoru nebo jiný elektronický strojek ?		
Máte v těle kov po operaci páteře ? <i>Případně uveďte rok operace:</i>		
Jste po operaci umělého kloubu ? Máte v těle nějaký kovový materiál nebo kov po operaci zlomeniny kosti ? <i>Případně uveďte rok a specifikujte lokalizaci</i>		
Byl/a jste někdy zasažen/a kulkou, šrapnelem, broky, střepinami granátu ? Máte v těle nějaká kovová cizí tělesa (šponu, jehlu, drát, dlahu atd.) ? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>		
Máte zavedené stenty (cévní výztuže)? <i>Případně uveďte rok zavedení</i>		
Máte v těle cévní svorky nebo jiné předměty v cévách (např. embolizační materiál, spirály) po operaci? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>		
Máte zavedený kavální filtr (filtr do dolní duté žíly)? <i>Případně uveďte rok zavedení:</i>		
Měl/a jste již dříve aplikovanou intravenózně (nitrožilně) kontrastní látku při vyšetření MR ?		
Pokud byla kontrastní látka pro MR aplikována, měl/a jste alergickou reakci ?		
Měl/a jste v minulosti alergickou reakci na nějaké léky ? <i>Pokud ano, uveďte název:</i>		
Trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřeného prostoru)?		
Máte kochleární implantát (pro podporu slyšení)?		Máte ušní naslouchadlo?
Máte v oku střepinu či jiné cizí kovové těleso?		Máte oční protézu?
Máte v těle aneurymatickou cévní svorku (klip) ?		Máte náhradu srdeční chlopně?
Máte v těle nějaký jiný přístroj (např. inzulinovou pumpu)?		Léčíte se s astmatem?
Jste po transplantaci orgánu (jater, ledvin ...)?		Máte cukrovku?
Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke zvýšené srážlivosti krve ?		Máte rovnátka?
Trpíte onemocněním nebo sníženou funkcí ledvin?		Máte nesenímelný piercing?
Máte zubní protézu nebo nesenímelnou náhradu?		Máte tetování? Permanentní make up?

Pro ženy: Jste těhotná? Pokud ano, v jakém týdnu? Kojíte?
Máte nitroděložní tělísko?

Pro muže: Máte penilní implantát (protézu v penisu)?

Pokud Vám byl do těla implantován kovový předmět, se kterým je možné MR provést, je nutné doložit tuto skutečnost potvrzením z pracoviště, kde vám byl voperován.

Prohlášení pacienta (nebo jeho zákonného zástupce)

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně a podrobně seznámen/a s veškerými shora uvedenými skutečnostmi včetně upozornění na možná rizika, komplikace a jejich řešení. Byly mi vysvětleny alternativní možnosti a možná rizika při nepodstoupení výkonu. Porozuměl/a jsem jim, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny a že jsem informacím i poučení plně porozuměl/a. Nezamlčel/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. Prohlašuji, že jsem pravdivě odpověděl/a na položené otázky v tomto dokumentu. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení vyslovuji tímto svůj svobodný a informovaný souhlas provedením vyšetření magnetickou rezonancí s případným podáním kontrastní látky nitrožilně. Souhlasím, pokud to bude pro navazující diagnostický či léčebný postup nezbytné, s předáváním nálezů a dat dalším lékařům, zdravotnickým zařízením a zdravotním pojišťovnám v rozsahu, který povoluje zákon na ochranu dat. Souhlasím s použitím anonymních dat týkajících se mé léčby pro publikační a výukové účely.

Datum: _____ **Vlastnoruční podpis pacienta:** _____

U nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům vyplní zákonný 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: ANO-NE gestem: ANO-NE očima: ANO-NE

jinak: _____

Svědek (jméno a příjmení podpis): _____

Datum, jméno, podpis a razítko odesílajícího lékaře, který provedl kontrolu odpovědí na otázky a pacienta poučil:

Prohlášení odborného zdravotnického pracovníka, který poučil pacienta o vyšetření:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze, důsledcích, rizicích, možných komplikacích a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl podle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem pacienta informoval o tom, že absolutní kontraindikací vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, defibrilátor, kochleární implantát a střepina kdekoli v těle. Dále prohlašuji, že byl pacient poučen o tom, že v případě nevolnosti nebo jiných komplikací během vyšetření může použít zvonek (balonek) k přivolání personálu.

Razítko a podpis radiologického asistenta, který provedl kontrolu odpovědí na otázky: _____