Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Žďárská 610, 592 31, Nové Město na Moravě, IČO 00842001

INFORMOVANÝ SOUHLAS – MAGNETICKÁ REZONANCE

RADIOLOGICKÉ ODDĚLENÍ

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vás doporučil k vyšetření na Magnetické rezonanci (MR). Jedná se o jednu z nejmodernějších vyšetřovacích metod, která je v současné době schopna vyšetřit větší část orgánů lidského těla, včetně mozku, kloubů i břišních orgánů.

Alternativou k tomuto vyšetření může být v některých případech ultrazvuk (UZ) nebo výpočetní tomografie (CT). Většinou neposkytují tato vyšetření stejnou kvalitu diagnostických informací, jako MR. CT je používáno v případě implantovaných přístrojů, které vylučují vyšetření MR (např. kardiostimulátor). Vyšetření není na principu rentgenových paprsků. Při MR vyšetření se používá elektromagnetické energie, u které nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. Přesto raději nevyšetřujeme těhotné ženy v prvních třech měsících těhotenství.

V některých indikacích vyžaduje povaha vyšetření aplikaci kontrastní látky do žíly. Kontrastní látky pro MR jsou v naprosté většině speciální sloučeniny na bázi vzácného kovu gadolinia. Nepoškozují ledviny, podávají se v malých dávkách cca 10-20 ml a riziko alergické reakce je oproti jodovým kontrastním látkám statisticky významně nižší.

Při vlastním vyšetření budete ležet na vyšetřovacím stole v silném magnetickém poli. Proměnné přídatné pole vytváří značný hluk. Tento hluk tedy k vyšetření patří a není známkou poruchy přístroje. Z toho důvodu Vám bude poskytnuta ušní ucpávka či sluchátka.

Okolo vyšetřované části těla Vám bude umístěna cívka, která přijímá odezvu z vyšetřované tkáně. Vyšetření obvykle trvá 20-60 minut a během vyšetření budete požádáni se nehýbat. Při vyšetření zvláště orgánů dutiny břišní budete požádáni o zadržení dechu na kratší dobu. V naléhavých případech (např. při nevolnosti nebo bolestivých pocitech) můžete ihned kontaktovat personál MR pracoviště pomocí ovladače signalizačního zařízení, který budete mít v ruce. Vlastní vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu. Před vyšetřením prosíme 2 hodiny nejíst a nepít.

Vyšetření na MR je zcela bezpečné. Může se však stát nebezpečným, pokud má pacient v těle některé kovové přístroje či předměty. Z toho důvodu je nezbytné nechat všechny šperky, kovové přezky, spony, vlásenky, hodinky, klíče, mince, bankovní karty, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky apod. doma či na pokoji nebo je odložte před vyšetřením v kabince. Před vyšetřením odložte v kabince případná naslouchadla, brýle, kontaktní čočky, snímatelné zubní protézy.

Absolutní kontraindikací vyšetření je kardiostimulátor, kochleární implantát a implantovaný defibrilátor. Relativní kontraindikací vyšetření je 1. trimestr těhotenství a feromagnetický materiál použitý na svorky, chlopně, kloubní náhrady a ostatní implantáty.

Ověření kontraindikací výkonu:

V **Dotazníku pro pacienta před vyšetřením magnetickou rezonancí** (na druhé straně) zakroužkujte jednu z možností ANO / NE, případně nechte nezakroužkovanou žádnou možnost, pokud si nejste jistí. Tučným typem písma v první části dotazníku jsou uvedeny možnosti, které mohou závažně poškodit zdraví vyšetřovaného a jejich přesné určení je naprosto zásadní pro bezpečné provedení MR vyšetření.

V případě nejasností či s dalšími otázkami se prosím obraťte na personál MR.

Mám kardiostimulátor nebo defibrilátor (přístroj ovlivňující činnost srdce).	ANO	NE
Měl jsem dříve implantovaný stimulátor a zbyly mi v těle elektrody.	ANO	NE
Mám implantovanou infuzní pumpu (např. pro dávkování inzulinu).	ANO	NE
Mám kochleární implantát (přístroj na podporu slyšení).	ANO	NE
Mám v těle jiný přístroj / elektronický implantát.	ANO	NE
Jsem po operaci aneuryzmatu (výdutě) mozkové tepny.	ANO	NE
Mám v těle cévní svorky (klipy).	ANO	NE
Mám v tepnách nebo žilách stent (cévní výztuž) nebo žilní filtr.	ANO	NE
Mám stimulátor funkcí mozku nebo nervů.	ANO	NE
Mám komorovou drenáž mozku.	ANO	NE
Mám náhradu srdeční chlopně.	ANO	NE
Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa /střepiny, špony, náboje……).	ANO	NE
Mám kovové kloubní či kostní implantáty (umělý kloub, šrouby, dlahy…).	ANO	NE
Mám kroužky na žaludku v rámci léčby žaludečního refluxu (pálení žáhy).	ANO	NE
Mám stimulátor močového měchýře.	ANO	NE
Mám v těle protézu (oční, ortopedickou či jakoukoli jinou).	ANO	NE
Jsem po operaci žlučníku či žlučových cest a mám v břiše svorky.	ANO	NE
Jsem po transplantaci jater či ledvin.	ANO	NE
Jsem po operaci páteře.	ANO	NE
Mám piercing, tetování nebo permanentní make-up.	ANO	NE
Mám strach z uzavřených prostor (klaustrofobii).	ANO	NE
Mám závažné onemocnění ledvin.	ANO	NE
Mám alergii na léky, desinfekci či kontrastní látku.	ANO	NE
Léčím se s astmatem.	ANO	NE
Jsem těhotná. Pokud ANO uveďte týden/měsíc těhotenství :……..	ANO	NE

Souhlas nemocného s výkonem:

Prohlašuji, že jsem byl lékařem úplně a srozumitelně poučen o povaze svého onemocnění a plánovaného výkonu. Byl jsem poučen i o alternativách výkonu a možných důsledcích v případě neprovedení výkonu. Během poučení jsem měl možnost klást lékaři doplňující otázky, a pokud tomu tak bylo, byly mi úplně a srozumitelně zodpovězeny. Jsem si vědom všech rizik i komplikací spojených s výkonem. Byl jsem poučen o tom, že mohu svůj souhlas s výkonem odvolat a také o tom, že odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

Poučení jsem rozuměl a s výkonem souhlasím.

Jméno a příjmení pacienta (zákonného zástupce):……

……...

Rodné číslo pacienta:……

Podpis, pacienta (zákonného zástupce): ……..

Jméno, příjmení, podpis lékaře radiologa: ..…….

Nové Město na Moravě, dne:……..