

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s magnetickou rezonancí

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Výška:	Váha:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Magnetická rezonance

Účel výkonu

K zobrazení se využívá změn magnetických polí v tkáních lidského organismu. Pomocí této metody zobrazujeme tkáň lidského těla především při neurologických onemocněních, onemocněních pohybové soustavy, orgánů hrudníku, břicha a pánve.

Povaha výkonu

Před vyšetřením je nezbytné!

- 2 hodiny před vyšetřením nejíst ani nepít
- před umístěním do vyšetřovacího prostoru se převléct z hygienických a bezpečnostních důvodů do připraveného pláště.

Vlastní výkon:

Vyšetření je nebolestivé, trvá 20 – 60 minut. V průběhu vyšetření budete umístěni ve válcovitém prostoru. Po celou dobu vyšetření je nezbytné, abyste leželi v klidu. Ve vyšetřovacím prostoru je světlo a je zde zajištěná klimatizace. Při funkci přístroje budete vnímat pouze různé druhy vzdáleného hluku. V průběhu vyšetření je v odůvodněných situacích možná aplikace kontrastní látky do žíly.

Kontraindikace:

Magnetická rezonance je jednou z nejbezpečnějších vyšetřovacích metod, přesto má některá omezení, která vyplývají z její podstaty.

Nelze vyšetřit pacienty, kteří mají zavedený kardiostimulátor, srdeční defibrilátor, kochleární protézu, nebo zavedeny jiné elektronicky řízené přístroje (inzulínové pumpy...).

Nelze vyšetřovat pacienty s kovovými cizími tělesy v oku.

Omezení jsou i u pacientů s implantovanými kovovými svorkami, kovovými dlahami, chlopenními náhradami atd.

Zvláštní pozornost věnujeme lidem po haváriích nebo úrazech, kterým se mohl dostat do těla kovový materiál.

Významnou omezující skutečností, která komplikuje možnost vyšetření, je i úzkost z těsných, uzavřených prostor.

Během těhotenství se vyšetření provádí jen v nezbytných případech.

Na všechny tyto záležitosti budete opakovaně dotazováni ještě před vlastním vyšetřením a v případě pochybností vše podrobně společně zhodnotíme.

Po výkonu:

- není žádné omezení
- po vyšetření dochází k vlastnímu zpracování získaných informací, které budou zaslány lékaři, který Vás na vyšetření objednal.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Zobrazení a zhodnocení patologických nebo tvarových změn ve vyšetřované oblasti nutné k eventuálním dalším léčebným výkonům.

Alternativa výkonu

Vyšetření výpočetní tomografií eventuálně ultrazvukem, tam kde je to vhodné a možné.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

Komplikace výkonu jsou minimální, pokud jsou dodrženy výše uvedené kontraindikace. S rozvojem nových technologií, vedoucích ke zdokonalení přístroje i kontrastních látek, došlo k jejich dalšímu výraznému snížení.

Nejčastější možné komplikace jsou:

- reakce na pobyt v uzavřeném prostoru
- alergická reakce na kontrastní látku – tyto reakce jsou vzácné, nejčastěji jsou lehké (např. nevolnost, kopřivka, dušnost, otoky), zcela výjimečně může dojít k těžké reakci až ohrožení života.

Následky výkonu

Pokud nedojde k závažné reakci na kontrastní látku, pak bez možných následků.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

Pozn. Vaši odpověď zakroužkujte

1. Máte kardiostimulátor, defibrilátor, kochleární protézu nebo zavedený jiný elektronicky řízený přístroj?	ANO	NE
2. Máte cizí těleso v oku?	ANO	NE
3. Máte v těle nějaký kovový materiál?	ANO	NE
4. Trpíte úzkostí z uzavřených prostor?	ANO	NE
5. Měl jste alergickou reakci po předchozím podání kontrastní látky intravenózně?	ANO	NE
6. Léčíte se na astma bronchiale?	ANO	NE
7. Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku?	ANO	NE
8. Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke zvýšené srážlivosti krve?	ANO	NE
9. Jste těhotná?	ANO	NE

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti SZŠ, VOŠ, studenti LF UP apod.) prováděly lékařskou a ošetrovatelskou péči v rámci výuky v souladu s vnitřními předpisy FNOL.	ANO	NE
- že souhlasím s využitím výsledků mých vyšetření v rámci běžných diagnostických a léčebných postupů k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.	ANO	NE

Souhlasím s tím, aby výše uvedené osoby mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost	ANO	NE
---	-----	----

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba (osoby):		ANO	NE
Jméno a příjmení:	adresa:	Tel.:	
Přeji si, aby výše uvedená osoba (osoby) měla(y) právo:			
a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace		ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace		ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci	Podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci

Jméno a příjmení lékaře, provádějícího výkon	Podpis lékaře, provádějícího výkon	Datum	Hodina

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina