

Oddělení: **Radiologické**

Pacient: Jméno, příjmení, číslo pojištěnce, pojišťovna (resp. štítek pacienta):

hmotnost pac.:

kg

Písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb/zdravotních výkonů

Název zdravotních služeb/zdravotního výkonu:

Vyšetření magnetickou rezonancí (MR) s event. aplikací kontrastní látky nitrožilně

Jedná se o vyšetřovací výkon ke stanovení diagnózy či ke kontrole zdravotního stavu.

Předpokládaný vývoj onemocnění je dán stanovenou diagnózou či výsledkem kontrolního vyšetření.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je: **zobrazení příslušné oblasti lidského těla za využití silného magnetického pole.**

Zdravotní výkon bude probíhat tak, že Vás odborný personál uloží na vyšetřovací lůžko a vyšetřovanou oblast umístí do příslušné vyšetřovací cívky. Pohyblivé vyšetřovací lůžko s Vámi zajede do vyšetřovacího prostoru přístroje (tunelu). Vyšetření obvykle trvá 45-60 minut a po tuto dobu je nezbytné zůstat v klidu, protože pohyb částí těla znehodnocuje vyšetření. Při vyšetření orgánů hrudníku a břicha budete během vyšetření opakovaně vyzváni k zadržení dechu, aby byl jakýkoli nežádoucí pohyb trupu maximálně eliminován. MR vyšetření je provázeno hlukem, a to o různé intenzitě. Z tohoto důvodu Vám budou poskytnuta sluchátka nebo ušní ucpávky nebo jiná ochrana sluchu. V naléhavých případech (např. při nevolnosti nebo bolestivých pocitech) můžete ihned kontaktovat personál MR pracoviště pomocí balónku signalizačního zařízení, který budete mít v ruce.

V indikovaných případech může být aplikována nitrožilně kontrastní látka.

Účelem této nitrožilní aplikace je ovlivnění relaxačního času tkání za účelem získání jejich silnějšího signálu a tím zlepšení jejich zobrazení.

Nevýhoda: Jde o výkon časově náročný, který může být komplikován klaustrofobickou reakcí pacienta. Absolutní kontraindikací je přítomnost MR nekompatibilního kardiostimulátoru či jiného elektronického implantátu, kdy hrozí porušení jejich činnosti v magnetickém poli.

Po výkonu, v případě podání kontrastní látky nitrožilně, je nutná pouze krátkodobá komprese místa vpichu s cca 20 minutovým sledováním pacienta.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen.

Alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu je vyšetření ultrazvukem nebo počítačovou tomografií. Lékařem doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody - zobrazení cév a orgánů je přesnější a umožňuje minimalizovat rozsah event. operačního výkonu. Dále umožňuje i částečné posouzení funkčnosti jednotlivých orgánů.

Byl jsem poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

Souhlas pacienta s poskytnutím zdravotní péče

Já, níže podepsaný prohlašuji, že výše uvedené poučení mi bylo níže uvedeným lékařem osobně a ústně vysvětleno, tak, že jsem měl čas a možnost tyto informace uvážit. Měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.

Tomuto poučení a poskytnutým informacím jsem plně porozuměl. **Výslovně souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výše uvedených výkonů.**

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.

V Českých Budějovicích dne v hod.

Podpis pacienta nebo jeho odpovědného/zákonného zástupce

Jméno, příjmení, titul a podpis lékaře:.....

RA asistent obsluhující MR. Pacientovi byla poskytnuta ochrana sluchu (pokud ano zakřížkujte)

Razítko jmenovka a podpis RA asistenta:

Příjmení a jméno: **Vaše váha:** kg

Nyní křížkem (x) zaškrtněte správnou odpověď.

Jste nositelkou/nositelem:

Kardiostimulátoru, defibrilátoru?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Myostimulátoru, neurostimulátoru?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Kochleárního implantátu?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Inzulínové pumpy bez možnosti odpojení?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>

Jsou ve vašem těle nějaké kovové součásti?

Kovové střepiny intraorbitálně, intrakraniálně	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Kovová srdeční chlopeň	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Piercing, tetování nebo permanentní make-up	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Fixní ortodontický aparát (zubní rovnátka)	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Prsní expandér	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>

Byl Vám před ≤ 6 týdnů implantován níže uvedený materiál:

Stenty, spirály, žil. filtry, hemost. klipy, cévní svorky	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Kloubní náhrady, osteosyntetický materiál	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Dentální implantát	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
GI endoklipy, svorky na žluč. cestách	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>

Pracoval(a) jste jako obráběč kovů, svářeč? ano ne

Měl jste někdy chirurgický zákrok? ano ne

Pokud ano, jaký a v jaké oblasti:

.....

Pro ženy v produktivním věku:

Jste těhotná? ano ne

Než vstoupíte do vyšetřovací místnosti, odložte si a v kabině ponechte: hodinky, peněženky, šekové karty, šperky, piersing, vlásenky, zubní protézy, brýle, kontaktní čočky, naslouchátka, paruky, přičesky, mince, klíče a při vyšetření v oblasti hlavy odstraňte oční make-up.

Položené otázky jsem zodpověděl/a podle svého nejlepšího vědomí.

V Českých Budějovicích dne:

Podpis pacienta nebo jeho odpovědného/zákonného zástupce