
 DIAGNOSTICKÉ CENTRUM NEMOCNICE HOŘOVICE	 AKESO	IS_NH_DCNB_001	Strana č./Celkem stran: 1/4
		Magnetická_rezonance	Verze: 01 Platnost od: 12.04.2021

Identifikační údaje pacienta/tky	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Vztah k pacientovi	

### Vážená paní, Vážený pane,

protože se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu navrženém Vaší osobě, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a. Žádáme Vás o důkladnou pozornost při čtení následujících informací.

### Důvod (indikace) tohoto výkonu

Na základě klinického nálezu doporučil ošetřující lékař **vyšetření magnetickou rezonancí** (dále jen **MR**). Při vyšetření se využívá silného magnetického pole a radiofrekvenčních pulzů, které pro pacienta nepředstavují žádné zdravotní riziko.

V některých případech je vyšetření prováděno s aplikací kontrastní látky. O její aplikaci rozhoduje vyšetřující lékař (radiolog). Kontrastní látka většinou nepředstavuje zdravotní riziko. Pokud však trpíte alergiemi nebo u Vás byla zaznamenána alergická reakce na kovy, máte sníženou funkci ledvin, případně jste prodělal(a) jejich transplantaci, je nutné tuto informaci sdělit pracovníkům provádějícím vyšetření.

### Kontraindikace k výkonu (případy, ve kterých nelze vyšetření magnetickou rezonancí provést)

Vyšetření nemohou podstoupit pacienti:

- se zavedeným kardiostimulátorem nebo defibrilátorem,
- kteří mají ponechané elektrody po odstranění kardiostimulátoru nebo defibrilátoru,
- s elektronickými implantáty (kochleární implantát, inzulinová pumpa atd.).
- **Vyšetření se standardně neprovádí v prvních třech měsících těhotenství.**

Pokud máte některý z uvedených elektronických přístrojů zaveden, prosím informujte neprodleně personál!

### Režim před výkonem

Standardní vyšetření nevyžaduje u dospělých a větších dětí žádnou zvláštní přípravu, pouze se doporučuje 2-3 hodiny před vyšetřením nejíst.

Výjimkou je vyšetření střev (MR enterografie), které vyžaduje 2 dny před vyšetřením vyloučit nadýmavou stravu, a v den vyšetření je nutné přijít nalačno.

Po vstupu do přípravné kabinky budete vyzván/a k odložení oděvu dle vyšetřované oblasti (k zahalení

Vám bude poskytnut jednorázový plášť) a všech kovových předmětů, které se nesmí ocitnout v magnetickém poli: zubní protézy, naslouchadla, kontaktní čočky, protetické pomůcky, spodní prádlo jehož součástí je kov, opasky, paruky, vlásenky, pinety, špendlíky, svorky, kovové mince, klíče, hodinky, kreditní karty, brýle, mobilní telefony a šperky. Je vhodné cennosti ponechat doma. V případě určitých specifických vyšetření můžete být požádán/na o odstranění make-upu. Poté Vás radiologický asistent uvede do vyšetřovny s magnetickým polem a uloží do vyšetřovací polohy.

#### Postup při provádění výkonu (povaha výkonu)

- Vyšetření trvá zhruba 20-40 minut.
- Klidně ležte a pravidelně dýchejte (jakýkoli Váš pohyb může vyšetření znehodnotit).
- U vyšetření hrudníku a břicha budete navíc v různých intervalech požádán/na o zadržení dechu.
- Vyšetření je bezbolestné.
- V průběhu vyšetření přístroj magnetické rezonance vydává intenzivní hluk. Před zahájením vyšetření dostane špunty do uší/sluchátka.
- V průběhu vyšetření Vás personál sleduje a jste s ním spojen/a prostřednictvím mikrofonu.

#### Režim po výkonu

- Pokud Vám bude podána kontrastní látka, vyčkejte po ukončení vyšetření v čekárně 30 minut a v následujících 24 hodinách dostatečně pijte pro rychlejší vyloučení kontrastní látky z organismu.
- Kojící matky by po vyšetření měly přerušit kojení na 24 hodin.

#### Možné komplikace a rizika

- Bolesti hlavy, pískání v uších u citlivějších jedinců v průběhu nebo bezprostředně po vyšetření.
- Zvýšená teplota v místě implantovaných cizích kovových těles.
- Změna vedení nervových vzruchů.
- Panická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru (úzkost, tíseň, neklid). Pro takový případ budete mít při vyšetření v ruce speciální tlačítko a jeho stisknutím můžete přivolat pomoc.
- Alergická reakce po podání kontrastní látky – vyrážka, zarudnutí.
- Rozvoj šokového stavu – závažná forma alergické reakce po podání kontrastní látky.

Vysvětlující pohovor provedl	
Místo	v Praze
Datum	
Čas	
Jméno a podpis radiologa/radiologického asistenta	

### Prohlášení pacienta

- Prohlašuji, že jsem byl/a řádně a srozumitelně informován/a poučen/a o důvodu, předpokládaném výsledku, způsobu provedení, následcích i možných komplikacích výkonu.
- Měla jsem možnost klást doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, na veškeré mé dotazy jsem obdržel/a vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a.
- Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů k záchraně života a zdraví, budou tyto výkony provedeny.
- Byl/a jsem seznámena s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup anebo kdykoliv odvolat svůj souhlas s výkonem.
- Přečetl/a jsem si celý obsah tohoto informovaného souhlasu před tímto výkonem.
- S provedením výše plánovaného výkonu souhlasím a "Informovaný souhlas" vlastnoručně podepisuji svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku.
- Souhlasím se zasíláním obrazové dokumentace lékaři specialistovi.

### Prohlášení pacienta/zákonného zástupce dítěte/opatrovníka

Souhlasím s vyšetřením v magnetické rezonanci.

Místo

v Praze

Datum

Čas

Podpis pacienta

Podpis zákonného zástupce/opatrovníka

### V případě neschopnosti podpisu vyplní lékař

Pacient/ka není schopen/a podpisu:

- Aktuální zdravotní stav pacienta neumožnil jeho vyjádření k navrženému postupu/výkonu.
- Aktuální zdravotní stav pacienta neumožnil písemné vyjádření k navrženému postupu/výkonu.

Způsob projevu souhlasu

Místo


V Praze

Datum

Čas

Jmenovka a podpis svědka

Jmenovka a podpis lékaře

	<b>IS_NH_DCNB_001</b> <b>Magnetická rezonance</b>	Strana č./Celkem stran: 4/4
		Verze: 01 Platnost od: 12.04.2021

### Dotazník pro pacienty na vyšetření magnetickou rezonancí

**Tělesná váha:** \_\_\_\_\_

**Tělesná výška:** \_\_\_\_\_

Zakroužkujte ANO či NE - event. uveďte lokalizaci a rok operace. Odpověď „ANO“ na některé z níže uvedených otázek neznamena, že vyšetření nemůže být provedeno.

Mám kardiostimulátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce	ANO	NE
Měl jsem dříve kardiostimulátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce a stále mám zavedeny elektrody	ANO	NE
Mám v těle cévní svorky po operaci	ANO	NE
Mám v těle stenty nebo jiné předměty v cévách (žilní filtry, embolizační materiál)	ANO	NE
Mám náhradu srdeční chlopně	ANO	NE
Mám kochleární implantát (pro podporu slyšení)	ANO	NE
Mám v oku střepinu či jiné cizí kovové těleso	ANO	NE
Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa po úrazu (střepiny, špony, náboje atd.).	ANO	NE
Mám v těle kovovou kloubní náhradu nebo kov po operaci zlomeniny	ANO	NE
Mám v těle kov po operaci páteře	ANO	NE
Mám v těle nějaký jiný přístroj (inzulinovou pumpu, naslouchadlo nebo jiné)	ANO	NE
Prodělal jsem nějakou operaci V případě, že ANO, uveďte jaké:	ANO	NE
Mám nesnímatelný piercing nebo tetování materiálem obsahujícím kov	ANO	NE
Trpím klaustrofobií (strachem z uzavřeného prostoru)	ANO	NE
Trpím onemocněním nebo sníženou funkcí ledvin	ANO	NE
Mám zelený zákal (glaukom)	ANO	NE
Léčím se se srdcem	ANO	NE
Mám alergii na jakýkoliv lék či kontrastní látku	ANO	NE
U žen: Jsem těhotná (v případě, že ano, udejte týden)	ANO	NE
Kojím	ANO	NE

<b>Datum</b>	
<b>Podpis pacienta, podpis zákonného zástupce/opatrovníka</b>	<b>Podpis a razítko radiologického asistenta, který provedl kontrolu odpovědí v dotazníku</b>