

Identifikační údaje pacienta/tky

Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	
Telefonní kontakt	
E-mailová adresa	

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 Vaší žádosti podstoupíte celostní **vyšetření magnetickou rezonancí** (dále jen “**MR**”), které není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, ale je hrazeno přímo Vámi. 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.

Rozsah MR vyšetření

- MR vyšetření přehledně zobrazí celé tělo, tedy od hlavy až po dolní končetiny. Rozsah vyšetření je dále možno upravit dle indikace.
- Celotělový sken primárně slouží v indikovaných případech jako onkologický screening odhalující genetické syndromy s možností vzniku mnohočetných tumorů, či již ve stavu jejich projevu a ložisek o velikosti v řádu centimetrů.
- Dále ke sledování efektu onkologické léčby (např. multifokální sarkomy, některé lymfomy, možno zjistit i rozsáhlejší metastázy kostí). V těchto případech následně doporučujeme podstoupit scintigrafické vyšetření skeletu nebo PET/CT vyšetření ke zjištění lymfomů.
- Při vyšetření lze zjistit rozsáhlejší zánětlivá ložiska – při systémovém charakteru zánětů kostí, kloubů či svalů (např. u dětí v příp. CRMO, dále např. myositis).
- Celotělové vyšetření magnetickou rezonancí **není doporučeno jako paušální onkologický screening, ani jako náhrada obecných lege artis postupů** při prokázané malignitě. Není doporučeno k potvrzení či vyloučení nově zjištěných diagnóz, např. nádorů prsu, plic, střev apod., neboť celotělové vyšetření magnetickou rezonancí nerozliší prvotní stádium onkologického onemocnění na jednotlivých orgánech či částech těla.

Během MR vyšetření bude zobrazeno

- V prováděných sekvencích je zobrazen mozek a hodnotitelné jsou významnější odchylky od normálu, tedy tumory, posttraumatické změny, atrofie či ischemie.
- Při vyšetření celkově prohlédneme lymfatický systém a posoudíme, zda jsou uzliny normální velikosti a četnosti.
- Dutina břišní: přehledný obraz/velikost orgánů, dilatace žlučových cest, někdy i přítomnost kamenů ve žlučníku, dilatace vývodných močových cest, hromadění tekutiny v dutině břišní, zjištění větších nežádoucích celků v dutině břišní.
- Zažívací trakt v celém rozsahu nelze při daném vyšetření validně hodnotit, zjištění onkologického onemocnění střev není předmětem tohoto vyšetření.
- V oblasti pánve lze v rámci vyšetření zjistit pouze objemnější nádory dělohy/ovarií, proto doporučujeme pacientům cílené vyšetření pro tuto oblast za použití kontrastní látky.
- Hrudník je v průběhu vyšetření hodnotitelný pouze orientačně.
- Dobře přehledný v rámci vyšetření je obvykle skelet a svalovina, zejména hodnocení degenerativních či zánětlivých změn kloubů, degenerativních změn páteře a úrazů. I v těchto případech však po vznesení podezření na závažnou patologii doporučujeme podstoupit cílené vyšetření s odpovídajícím zaměřením.

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.

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 přibližně 45 minut pro základní informativní screening, popř. až 90 minut u rozsáhlejších MR vyšetření. Popis provedeného vyšetření bude zpracován do 48 hodin.

- 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.
- Pro zajištění komfortu Vám nabízíme nadstandardní zážitek, který přináší virtuální systém CinemaVision. Bezkonkurenční kvalitu a realismus kombinuje nejmodernější plně digitální video a digitální zvuk v symfonické kvalitě. Pacientům/klientům nabízíme řadu dokumentárních filmů o přírodě, těm nejmenším pohádkový svět.

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

- Podpisem tohoto informovaného souhlasu beru na vědomí, že v rámci celostní magnetické rezonance nelze zjistit a spolehlivě rozpoznat a nalézt všechny případné změny struktury orgánů a tkání v těle a že vyšetření magnetickou rezonancí slouží ke skenování či zjištění masivních změn či celků o velikosti několika centimetrů (např. nádorů, shromáždění tekutin).
- Jsem si vědom/a, že toto vyšetření je pouze informativní, že může ukázat falešně pozitivní či naopak falešně negativní výsledek.
- Zároveň akceptuji, že při celotělovém vyšetření magnetickou rezonancí nejsou vyšetřovány některé oblasti těla (zejména střeva), jak je výše popsáno a s tímto vědomím vyšetření podstupuji.
- Jedná se o preventivní vyšetření na mou vlastní žádost. Zároveň jsem připraven podstoupit případná další vyšetření za účelem ověření falešnosti negativních/pozitivních výsledků.
- 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	
Souhlasím s vyšetřením v magnetické rezonanci.	
Místo	v Praze
Datum	
Čas	
Podpis pacienta	

Dotazník pro pacienty na vyšetření magnetickou rezonancí

Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
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 stěpinu či jiné cizí kovové těleso	ANO	NE
Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa po úrazu (stěpiny, 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

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