|  |  |
| --- | --- |
|  | **lnformovaný souhIas s diagnostickým / léčebným postupem  MAGNETICKÁ REZONANCE**  Zdravotnické zařízení MR Mělník, je provozováno společností MR Centrum Mělník, s.r.o., IČO: 08943800, se sídlem Pod Krejcárkem 975/2, Žižkov, 130 00 Praha 3 |

Vážená paní, Vážený pane, milí rodiče. Ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil vyšetření magnetickou rezonancí (MR). Jedná se o diagnostickou zobrazovací metodu, kterou lze vyšetřit většinu orgánů lidského těla. Vyšetření není na principu rentgenových paprsků. U silného magnetického pole a radiofrekvenční energie, které se při MR vyšetření používají, nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. I přesto se raději vyhýbáme vyšetření těhotných žen v prvních třech měsících těhotenství. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí, bychom Vám rádi podali následující informace.

**Cíl a podstata diagnostického / léčebného postupu:**

Cílem vyšetření je detailně zobrazit vyšetřovanou část těla dle požadavků indikujícího lékaře. Během vyšetření je nutné ležet v naprostém klidu na lehátku přístroje uvnitř vyšetřovacího tunelu. Obvyklá doba trvání jednoho vyšetření je 20 – 45 minut. Během vyšetření Vám může být v některých případech aplikována do žíly kontrastní látka. Můžete cítit vpich do žíly a následně pocit „podávání“, který je normální. Kontrastní látka zlepšuje hodnocení vyšetřované oblasti. O vhodnosti aplikace kontrastní látky rozhoduje lékař radiolog. Kontrastní látka je bezpečná, ale stejně jako u jakýchkoli jiných léků se i zde mohou ojediněle vyskytnout nežádoucí účinky (např. nevolnost, nepříjemný pocit v místě vpichu, bolest hlavy). Náš zdravotnický personál je zaškolený na zvládnutí případných nežádoucích situací.

Zhotovené snímky vyhodnotí lékař – radiolog. Písemný popis vyšetření bude zaslán Vašemu ošetřujícímu lékaři.

**Výhody a nevýhody vyšetření MR**

Výhody: velmi přesné zobrazení částí lidského těla bez radiační zátěže.

Nevýhody: nelze provést u pacientů s kardiostimulátorem, myostimulátorem či neurostimulátorem. Kovové předměty (kloubní náhrady, stenty, cévní svorky aj.) kdekoli v těle, mohou ovlivnit kvalitu výsledných obrazů. Vyšetření je kontraindikováno u pacientek v prvním trimestru těhotenství. MR zařízení vydává během vyšetření značný hluk. Z tohoto důvodu Vám personál nabídne prostředky na ochranu sluchu, např. sluchátka nebo jednorázové ucpávky do uší.

**Jiné (alternativní) možnosti řešení současného zdravotního stavu včetně výhod a nevýhod**

Ultrazvuk /sonografické vyšetření/ – dobře dostupné, žádná radiační zátěž, avšak nižší přesnost vyšetření

CT – horší hodnocení jemných patologických změn, radiační zátěž při vyšetření, velmi často nutná aplikace jodové kontrastní látky s rizikem alergie

**Možná rizika a komplikující stavy**

Během vyšetření se může objevit tzv. panická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru, úzkost, tíseň, neklid. Tuto obtíž můžete ohlásit vyšetřujícímu personálu stisknutím tlačítka, které držíte během vlastního vyšetření MR v ruce. Personál se bude akutním problémem ihned zabývat a má možnost Vás během několika vteřin vyvézt z tunelu.

Vyšetření u klientů s implantovaným kardiostimulátorem, myostimulátorem, neurostimulátorem či jiným cizím kovovým tělesem nežli ortopedické dlahy a náhrady kloubů v těle je třeba konzultovat s lékařem!

**Doplňující informace: Po vyšetření režim bez omezení**

Pokud byla podána kontrastní látka, do 24 hodin dojde k jejímu vyloučení z Vašeho organismu. Po tuto dobu by kojící ženy neměly kojit. Při MR vyšetření v oblasti břicha a pánve Vám bude podáno nitrožilně tzv. spasmolytikum. To zpomaluje pohyb střev a zlepšuje tak kvalitu zobrazení, může však způsobit dočasné rozmazané vidění. Tento účinek během několika minut až desítek minut vymizí. Pokud se u Vás tento účinek projeví, neměli byste např. řídit motorová vozidla.   
POZOR! – spasmolytikum by nemělo být aplikováno pacientům s glaukomem (zeleným zákalem). Pokud byla aplikována jiná léčiva, budete poučen/a personálem pracoviště.

**Informace pro pacienta/pacientku (zákonného zástupce pacienta/pacientky)**

* Přečtěte si laskavě pozorně všechny strany tohoto informovaného souhlasu.
* Pokud jste plně nerozuměl/a informacím v tomto informovaném souhlasu, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se zdravotnického personálu MR pracoviště.

*Pokračujte prosím na další straně.*

**Prohlášení:**

Já, níže podepsaný/á,

prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích spojených s vyšetřením MR a jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb a o jejich vhodnosti, přínosu a rizicích. Měl/a jsem možnost klást doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Veškerým poskytnutým informacím jsem plně porozuměl/a. Jsem si vědom/a toho, že mám právo na druhý názor. Na základě tohoto poučení a po vlastním zvážení svobodně a bez nátlaku souhlasím:

- s výše uvedeným diagnostickým postupem – vyšetřením MR;

- s podáním kontrastní látky, pokud to bude vyšetření MR vyžadovat.

Dále prohlašuji, že:

* nemám v těle zavedený kardiostimulátor, myostimulátor, neurostimulátor či jiné cizí kovové těleso nežli ortopedické dlahy a náhrady kloubů;
* jsem odpověděl/a pravdivě na výše položené otázky;
* jsem nezamlčel/a žádné známé údaje o svém zdravotním stavu;
* jsem nezamlčel/a žádnou jinou závažnou okolnost, která by bránila provedení vyšetření MR; a že
* beru na vědomí, možnosti vzdát se poskytnutí informace o svém zdravotním stavu, popřípadě mohu určit, které osobě má být informace podána, anebo že smím vyslovit zákaz poskytovat informace o mém zdravotním stavu určité osobě nebo kterékoliv osobě.

Dále prohlašuji, že jsem pojištěn/a u výše uvedené zdravotní pojišťovny. V případě, že tomu tak není, zavazuji se, že uhradím újmu způsobenou zdravotnickému zařízení.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Přejete si vyhotovit obrazovou dokumentaci MR vyšetření na CD/DVD nosiči  za poplatek 100 Kč? | □ ANO | □ NE |

**V Mělníku dne:** .......................................................................

**Podpis pacienta**: ................................................................

**Podpis zdravotnického pracovníka, který provedl poučení a kontrolu zodpovězených otázek:** .............................................

Nemůže-li se pacient podepsat, podpis svědka, který byl přítomen projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka: .........................................................

Důvod nepodepsání souhlasu: ..................................................

Způsob, jakým pacient projevil vůli: ...........................................

Podpis svědka: ..........................................................................

Nemůže-li pacient, s ohledem na svůj zdravotní stav, projevit souhlas, prosíme o podpis osoby určené pacientem, manžela, registrovaného partnera, rodiče či jiné osoby blízké:

Jméno a příjmení: ..................................................................... Datum narození: ................................................

Vztah k pacientovi: ....................................................................

Podpis: ......................................................................................

**Správcem Vašich osobních údajů je provozovatel zdravotnického zařízení MR Centrum Mělník, s.r.o., IČO: 08943800, se sídlem Pod Krejcárkem 975/2, Žižkov, 130 00 Praha 3. Více informací o zpracování Vašich osobních údajů naleznete na** [**https://www.mr-melnik.cz/169-sk/osobni-udaje/**](https://www.mr-melnik.cz/169-sk/osobni-udaje/)**.** Výsledky vyšetření, které dnes podstoupíte, budou poskytnuty lékaři, který zadal požadavek na toto vyšetření. Kromě toho je můžete mít neustále k dispozici na portálu www.eradiologia.sk, kde si je můžete prohlédnout, stáhnout, vytisknout či poskytnout za účelem urychlení a zjednodušení poskytnutí další zdravotní péče jinému ošetřujícímu lékaři. Za účelem urychlení a zjednodušení poskytnutí další zdravotní péče Vám bude na portále ERADIOLOGIE.CZ vytvořen účet pacienta. Při vstupu do svého účtu se budete prokazovat rodným číslem a přístupovým kódem, který Vám bude zaslán formou zpoplatněné SMS zprávy na mobilní číslo uvedené v tomto informovaném souhlasu, následně bude Váš účet aktivován. **Podrobnější informace o službách portálu ERADIOLOGIE.CZ a účtu pacienta a podmínky jejich používání jsou dostupné na stránkách** [**www.eradiologie.cz**](http://www.eradiologie.cz/)**. Jste povinni se s těmito podmínkami seznámit před využíváním služeb portálu ERADIOLOGIE.CZ.**

*Děkujeme Vám, za pečlivé vyplnění*



|  |  |
| --- | --- |
|  | **Anamnestický dotazník**  **MAGNETICKÁ REZONANCE** |

**Jméno a příjmení PACIENTA: ..................................................................................................................................................... RODNÉ číslo: .............................................................................VÝŠKA: ……….…..….. (CM) Hmotnost: ...................... (kg) Telefonní číslo: .......................................................................................................** **Zdravotní pojišťovna: ....................**

|  |
| --- |
| Prosíme, pečlivě označte správné odpovědi křížkem!!! |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Byl/a jste někdy na  stejném MR vyšetření? | □ ANO | □ NE | → | Pokud ano, uveďte kdy, popřípadě pracoviště, kde bylo vyš. provedeno |  | | |
| Kardiostimulátor  myostimulárot  neurostimulátor | □ ANO | □ NE |  | Kochleární implantát  (sluchová náhrada) | □ ANO | | □ NE |
| Kardiodefibrilátor-ICD | □ ANO | □ NE |  | Kovové střepiny v oku | □ ANO | | □ NE |
| Inzulínová pumpa | □ ANO | □ NE |  | Kovové střepiny, špony,  šrapnely jinde v těle | □ ANO | | □ NE |
| Umělá srdeční chlopeň | □ ANO | □ NE |  | Oční protéza - umělá čočka | □ ANO | | □ NE |
| Implantované stenty  (cévní výztuže), cévní klipy, svorky, aj. | □ ANO | □ NE | → | Pokud ano, uveďte kdy, a lokalizaci |  | | |
| Umělé kloubní náhrady | □ ANO | □ NE | → | Pokud ano, uveďte kdy, a lokalizaci |  | | |
| Kovové implantáty v páteři | □ ANO | □ NE | → | Pokud ano, uveďte kdy, a lokalizaci |  | | |
| Snímatelná zubní náhrada  (zubní implantáty a  plomby neuvádět) | □ ANO | □ NE |  | Zhoršená funkce ledvin / astma | □ ANO | □ NE | |
| Zubní rovnátka, retenční  drátky po rovnátkách | □ ANO | □ NE |  | Kolostomie (vývod tlustého střeva) | □ ANO | □ NE | |
| Permanentní make-up | □ ANO | □ NE |  | Zelený zákal (glaukom) | □ ANO | □ NE | |
| Tetování | □ ANO | □ NE |  | Klaustrofobie (strach ze stísněných prostor) | □ ANO | □ NE | |
| Alergie (potravinová, léková, pylová) | □ ANO | □ NE | → | Pokud ano, prosíme, upřesněte |  | | |
| Byla Vám již v minulosti při nějakém vyšetření podána kontrastní látka? | □ ANO | □ NE | → | Pokud ano, bylo to spojeno s nepříjemnými pocity jako,  svědění, zkrácení dechu,  závratě nebo kolaps? | □ ANO | □ NE | |
| **Pro ženy:** Jste těhotná? | □ ANO | □ NE |  | Kojíte? | □ ANO | □ NE | |
| **Upozornění:** Trvalé zubní implantáty nejsou kontraindikací MR vyšetření. Snímatelnou zubní náhradu, šperky, hodinky, brýle, piercingy a jiné kovové předměty je nutné před vlastním vyšetřením odložit! Na MR vyšetření v oblasti hlavy se doporučuje nelíčit se. Nenoste na MR vyšetření cennosti a zbraně! Respektujte prosím pokyny personálu, děkujeme. | | | | | | | |

*Děkujeme Vám, za pečlivé vyplnění*