OBLASTNÍ NEMOCNICE PŘÍBRAM, a. s.	Oblastní nemocnice Příbram, a.s. Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01 IČO: 27085031, telefon: 318 641 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE
S VYŠETŘENÍM NA MAGNETICKÉ REZONANCI

Oddělení: **Zobrazovací metody**

Jméno a příjmení pacienta: .....

Datum narození: .....

Jméno, příjmení a datum narození zákonného zástupce: .....

MR vyšetření:
Vyšetřovací metoda pracuje na principu vodíkových protonů v silném magnetickém poli, současně se používá elektromagnetická energie - dosud nebyly prokázány škodlivé biologické účinky této metody. Přesto se raději vyhýbáme vyšetření těhotných žen v prvních třech měsících těhotenství.

Na vyšetření MR se dostavte o 15 minut dříve. Je vhodné nechat šperky a cennosti doma.
V případě nemoci či jiného důvodu bránícího Vám dostavit se k vyšetření, nás prosím kontaktujte na tel. čísle 318 641 962

Příprava pacienta:
Vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu, pouze u vyšetření orgánů dutiny břišní je třeba lačnit (i tekutiny) po dobu šesti hodin. Pokud máte vyšetření v oblasti hlavy, přijďte nenalíčeni.

Po vstupu do přípravné kabinky budete vyzváni k odložení oděvu, podprsenky, paruky, vlásenek, pinet, peircingu, naslouchadla, šperků a cenností, abychom vyloučili přítomnost jakéhokoli kovového předmětu v magnetickém poli. Bude Vám poskytnut oděv (empír) určený pro Vaše vyšetření.

Popis zdravotního výkonu
Při vlastním vyšetření budete ležet na vyšetřovacím stole v silném magnetickém poli. Proměnná přídatná pole vytvářejí značný hluk. Tento hluk tedy k vyšetření patří a není známkou poruchy přístroje. Okolo vyšetřované části těla Vám bude umístěna cívka, která přijímá odezvu z vyšetřované tkáně. Po dobu vyšetření budete mít k dispozici signalizační balonek. Vyšetření obvykle trvá 15-45 minut a během je potřeba ležet bez pohybu (pokud máte silné bolesti je vhodné užití analgetik – konzultujte s indikujícím lékařem). Při vyšetření orgánů dutiny břišní nebo srdce budete opakovaně vyzváni k zadržení dechu.
V některých indikacích je nutná aplikace kontrastní látky do žíly. Kontrastní látky pro MR jsou speciální sloučeniny na bázi vzácného kovu - gadolinia. Nepoškozují ledviny, podávají se v malých dávkách (cca 10-30 ml) a riziko alergické reakce je (např. oproti jodovým kontrastním látkám) statisticky významně nižší.

Vyšetření na MR je zcela bezpečné. Může se však stát nebezpečným, pokud má pacient v těle některé kovové přístroje či předměty. Věnujte prosím pozornost následujícím otázkám a pečlivě je zodpovězte (odpověď zakroužkujte).

Máte zavedený kardiostimulátor nebo jiné zařízení ovlivňující činnost srdce? ..... **ANO**.....**NE**

Máte kochleární (ušní) implantát? ..... **ANO**.....**NE**

Používáte neurostimulátor nebo inzulínovou pumpu? ..... **ANO**.....**NE**

Jste po srdeční, mozkové nebo ortopedické operaci? ..... **ANO**.....**NE**

Máte umělou srdeční chlopeň / umělý kloub? ..... **ANO**.....**NE**

Máte voperovanou svorku na jakékoliv cévě v těle. **ANO**.....**NE**

Pracoval (a) jste někdy jako obráběč kovů? ..... **ANO**.....**NE**

Máte zavedený stent do srdeční či jiné tepny? ..... **ANO**.....**NE**

Víte o jakémkoliv kovovém cizím předmětu v těle? (i následkem úrazu) ..... **ANO**.....**NE**

Máte zubní protézu nebo kovový zubní můstek případně ortodontický aparátek / rovnátka? ..... **ANO**.....**NE**

Trpíte klaustrofobií (strach z uzavřených prostor)? ..... **ANO**.....**NE**

Víte o alergii na jakýkoliv lék či kontrastní látku? **ANO**.....**NE**
V případě, že ano, uveďte název:_____

Máte nitroděložní tělísko? ..... **ANO**.....**NE**

Jste těhotná? ..... **ANO**.....**NE**

V případě, že ano, v jakém týdnu? _____

Odpověď ANO na některé z výše uvedených otázek neznamená, že by vyšetření nebylo možno provést. Absolutní kontraindikací vyšetření je však implantovaný kochleární implantát a MR nekompatibilní kardiostimulátor. V případě nejasnosti či s dalšími otázkami se prosím obraťte na personál MR pracoviště.

Odpovědi na doplňující otázky pacienta (zákonného zástupce):*(vyplňte nebo proškrtněte)*

Já níže podepsaný pacient / **zák. zástupce** tímto prohlašuji,

že mě lékař dne …… náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod a typ lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami vyšetření. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu a byl/a jsem informován/a o možných problémech během uzdravování, i jaký vliv bude mít výkon na moji schopnost či další způsob života. **Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil**. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s uvedeným lékařským výkonem / vyšetřením, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta: …… Datum: .....

Jmenovka indikujícího lékaře a podpis: …… Datum: .....

Prohlašuji, že jsem pacienta/zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient/zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas s vyšetřením.

Jmenovka lékaře - specialisty a podpis: …… Datum: .....