

Vyšetření magnetickou rezonancí

Poj.:

Strana 1 / 5

DG:

C.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážený pane, vážená paní,

na základě klinického nálezu Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař vyšetření nukleární magnetickou rezonancí, dále jen NMR. Jedná se o jednu z nejmodernějších vyšetřovacích metod, která je v současné době schopna vyšetřit většinu orgánů lidského těla. Při vyšetření není využíváno rentgenového záření, ale silné magnetické pole a radiofrekvenční pulzy. V některých případech je vyšetření prováděno s aplikací kontrastní látky.

Příprava před vyšetřením:

Vyšetření nevyžaduje u dospělých a větších dětí žádnou zvláštní přípravu, pouze je doporučeno 2-3 hodiny před vyšetřením nejíst. Výjimkou je vyšetření střev, NMR enterografie, kolonografie, které vyžaduje dokonalé vyprázdnění střevního obsahu před vyšetřením.

U malých dětí, neklidných pacientů, pacientů s klaustrofobií lze vyšetření provést v celkové anestézii nebo analgosedaci. Příprava k vyšetření se pak řídí pokyny anesteziologa.

Velkou pozornost je třeba věnovat kontraindikacím tohoto vyšetření, tzn. případy, kdy vyšetření nelze provést. Proto je nutné před výkonem pečlivě vyplnit dotazník, který je součástí tohoto informovaného souhlasu.

Absolutní kontraindikací jsou:

- kardiostimulátor nebo kardioverter - defibrilátor - ICD,
- ponechané elektrody po odstranění kardiostimulátoru nebo kardioverteru - defibrilátoru - ICD
- elektronické implantáty jako jsou kochleární implantát, inzulinová pumpa atd.

Postup při výkonu:

Po vstupu do přípravné kabinky budete vyzván/a k odložení svrchního oděvu, abychom vyloučili přítomnost jakéhokoli kovového předmětu v magnetickém poli. Dále budete vyzván/a k odložení zubní protézky, naslouchadla, kontaktních čoček, protetických pomůcek, podprsenky, opasku, paruky, vlásenek, pinet, špendlíků, svorek, kovových mincí, klíčů, hodinek, křehkých karet, brýlí, mobilních telefonů, prstenů a šperků. Je tedy vhodné cennosti ponechat doma.

Pokud budete naličený/á, můžete být vyzván/a k odstranění make-upu. K oblečení Vám poskytneme jednorázový plášť. Poté Vás radiologický asistent uvede do vyšetřovny, kde již působí magnetické pole a uloží Vás na vyšetřovací stůl. Před zavezením do „tunelu“ Vás poučí o průběhu výkonu a možnosti přivolání pomoci v případě komplikace či fobie, nabídne Vám sluchátka a poslech hudby, aby bylo zmírněno vnímání hluku, který může přístroj při vyšetření vydávat.

Po celou dobu vyšetření, které trvá zhruba 20-45 minut, musíte ležet klidně a pravidelně dýchat, jelikož každý pohyb může konečný výsledek znehodnotit. Vyšetření není bolestivé, bude prováděno pouze hlukem, který způsobují některé přístrojové součásti. Tento hluk je normálním úkazem a neměl by Vás znepokojovat. Po celou dobu vyšetření Vás zdravotnický personál sleduje a jste s ním spojen/a prostřednictvím mikrofonu. Vyšetřovací tunel je nepřetržitě zásobován čerstvým vzduchem z ventilátoru.

Vyšetření magnetickou rezonancí

Poj.:

Strana 2 / 5

DG:

C. chorobopisu:

Možná rizika a komplikace:

U elektromagnetické energie, která se při NMR používá, nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. Přesto není doporučováno toto vyšetření u žen v prvních třech měsících těhotenství. Možným nepříznivým vedlejším účinkem může být zvýšená teplota v místě cizích kovových těles a změna vedení nervových vzruchů. Vyšetření NMR Vás však nijak neomezí v běžném způsobu života.

V průběhu vyšetření se může objevit tzv. klaustrofobická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru, která je provázena úzkostí, tísní, neklidem až panikou. Tuto nežádoucí příhodu ohlásíte ihned vyšetřujícímu personálu zmáčknutím speciálního tlačítka, které držíte při vyšetření v ruce. Problém bude ihned řešen i za cenu přerušení vyšetření a v průběhu několika vteřin budete vyvezeni z tunelu.

V některých případech je nutné vyšetření doplnit aplikací kontrastní látky z důvodu potvrzení či vyloučení patologického nálezu. O jejím podání rozhoduje vyšetřující lékař - radiolog. Z tohoto důvodu je nutné vždy uvést před vyšetřením, zda netrpíte alergií. Výskyt alergických reakcí na kontrastní látky používané při vyšetření magnetickou rezonancí je velmi vzácný. Ve výjimečných případech však může dojít i k ohrožení života.

V případě podání kontrastní látky je nutno po ukončení vyšetření setrvat v čekárně 30 minut za účelem sledování vzniku případných pozdních projevů alergické reakce.

V nejbližších 24 hodinách po vyšetření s aplikací kontrastní látky se doporučuje dostatečný příjem tekutin pro její rychlejší vyloučení z organismu. Těhotným ženám není kontrastní látka podávána. Výjimečně může být podán u kojící matky, pak je doporučeno přerušit kojení na 24 hodin po vyšetření.

Vyplňuje pacient / zákonný zástupce:

Já níže podepsaný/á pacient/ka/zákonný zástupce* tímto prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a, že indikujícím lékařem doporučený výkon je neškodný ke tkáním lidského těla, ale má svá rizika v případech přítomnosti některých předmětů v lidském těle.

V přiloženém dotazníku odpovídám pravdivě a s vědomím ohrožení mého zdraví i života v případě nesprávné odpovědi a nezamtlal/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na vyšetření NMR.

Jsem si vědom, že přítomné silné magnetické pole může poškodit či změnit umístění všech kovových předmětů, které mi byly vpraveny do těla, a to nejspíše účelově při některém z operačních zákroků, např. kovové svorky apod.

Dále jsem si vědom/a toho, že kovové předměty vnesené do vyšetřovny mohou způsobit úraz či poškození přístroje.

Potvrzuji, že informující zdravotnický pracovník mě seznámil s možnými riziky a komplikacemi tohoto výkonu, a těmito informacím rozumím. Měl/a jsem možnost klást doplňující dotazy.

Souhlasím/nesouhlasím* s použitím anonymních dat týkajících se mé léčby pro publikační a výukové účely, a předáváním nálezů a dat dalším lékařům, zdravotnickým zařízením a zdravotním pojišťovnám v rozsahu, který povoluje zákon na ochranu dat.

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.

Souhlasím s vyšetřením i s případným podáním kontrastní látky.

Na základě tohoto poučení dávám svůj plný informovaný souhlas s provedením vyšetření nukleární magnetickou rezonancí, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Způsob projevu souhlasu: kývnutím hlavy - gestem - očima - jinak - vypište*:

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Nemocnice ve Frýdku-Místku,
příspěvková organizace
El. Krásnohorské 321, Frýdek
738 01 Frýdek-Místek

IČ: 00534188
DIČ: CZ 00534188
Organizace je zapsána v obchodním rejstříku KS OV,
oddíl Pr, vložka 938

Tel.: +420 558 415 111 - spojovatelka
Fax: +420 558 415 010
E-mail: sekretariat@nemfm.cz
Web: www.nemfm.cz

Vyšetření magnetickou rezonancí

Poj.:

Strana 3 / 5

DG:

C.chorobopisu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná pro plánovaný výkon.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

Vyšetření magnetickou rezonancí

Poj.:

Strana 4 / 5

DG:

C.chorobopisu:

podpis svědka (svědků)

pouze vzor, nevyplňujte!

Vyšetření magnetickou rezonancí

Poj.:

Strana 5 / 5

DG:

C.chorobopisu:

O

Dotazník pro pacienta k vyšetření MAGNETICKOU REZONANCÍ

Tělesná váha: Tělesná výška:

Zakroužkujte ANO či NE - případně uveďte lokalizaci a rok operace. Odpověď ANO na některé z níže uvedených otázek neznamená, že by vyšetření nemohlo být provedeno.

Mám kardiostimulátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce	ANO	NE
Měl jsem dříve kardiostimulátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce a zbyly mi elektrody	ANO	NE
Mám v těle cévní svorky po operaci	ANO	NE
Mám v těle stenty nebo jiné předměty v cévách, např. žilní filtry, embolizační materiál, aj.	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, návně 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, např. inzulinovou pumpu, naslouchadlo nebo jiné	ANO	NE
Prodělal jsem nějakou operaci V případě, že ANO, uveďte jaké a kdy:	ANO	NE
Mám nesenímaterelný piercing nebo tetování materiálem obsahujícím kov	ANO	NE
Trpím klaustrofobií, tj. strachem z uzavřeného prostoru	ANO	NE
Trpím onemocněním nebo sníženou funkcí ledvin	ANO	NE
Mám zelený zákal, glaukom	ANO	NE
Lčím se srdcem	ANO	NE
Mám alergii na jakýkoliv lék či kontrastní látku	ANO	NE
Ženy	ANO	NE
Jsem těhotná, v případě, že ano, udejte prosím týden	ANO	NE
Kojím	ANO	NE

Datum:

Podpis pacienta nebo jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce:

Jmenovka a podpis lékaře, který provedl kontrolu odpovědí na otázky:

Jmenovka a podpis radiologického asistenta: