VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ (MR)

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Magnetická rezonance (MR) je zobrazovací vyšetřovací metoda, která nevyužívá rentgenové záření, ale využívá silné magnetické a radiofrekvenční elektromagnetické pole. Cílem tohoto vyšetření je získání obrazů vyšetřovaných orgánů nebo informace o jejich funkci či biologickém složení. Vyšetření není bolestivé. V některých případech se používá navíc kontrastní látka, která až na velmi ojedinělé případy nezpůsobuje žádné vedlejší reakce.

Účelem MR vyšetření je nalezení případných změn struktury orgánů a tkání ve vyšetřované oblasti nebo posouzení změn již dříve známých. Získané informace pomohou lékaři diagnostikovat Vaši chorobu, upřesnit Vaši diagnózu anebo sledovat průběh Vašeho onemocnění (například pro ověření úspěšnosti dosavadní léčby). Účelem použití kontrastní látky je zvýšení citlivosti vyšetření a zpřesnění diagnózy nebo cílené zobrazení cév.

Magnetická rezonance je vyšetřovací metoda, která využívá silné magnetické pole. Není založena na rentgenovém záření. Žádné škodlivé účinky magnetické rezonance nebyly prokázány. Na základě předběžné opatrnosti se však vyšetření nedoporučuje provádět u žen v prvním trimestru těhotenství. Závažné alergické reakce na kontrastní látky užívané při MR jsou velmi vzácné a pracoviště je vybaveno ke zvládnutí život ohrožujícího stavu. Alergické reakce se liší intenzitou příznaků od nevýznamných (kopřivka, zarudnutí, svědění) až po závažné reakce (otok dýchacích cest a plic, pokles tlaku a zvýšení srdeční akce, v krajním případě selhání srdce a plic), které mohou vyžadovat rychlou lékařskou pomoc. Zdravotní komplikace spojená s použitím kontrastní látky může vzniknout v případě závažné poruchy funkce ledvin, protože při pomalejším vylučování kontrastní látky vzniká riziko projevu vzácného onemocnění nazývaného nefrogenní systémová fibróza. Z tohoto důvodu může být také před podáním kontrastní látky provedeno vyšetření funkce ledvin.

Ověření kontraindikací výkonu:

Zakroužkujte u každé položky jednu z možností ANO / NE, případně nechte nezakroužkovanou žádnou možnost, pokud si nejste jistí. Tučným typem písma v první části seznamu jsou uvedeny možnosti, které mohou závažně poškodit zdraví vyšetřovaného a jejich přesné určení je naprosto zásadní pro bezpečné provedení MR vyšetření.

Mám kardiostimulátor a/nebo defibrilátor (přístroj ovlivňující činnost srdce)**.**	ANO	NE
Měl jsem dříve implantovaný stimulátor a zbyly mi v těle elektrody.	ANO	NE
Mám implantovanou infuzní pumpu (například pro dávkování inzulinu)**.**	ANO	NE

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**	
Mám implantovaný monitor životních funkcí (např. srdeční monitor nebo monitor nitrolebečního tlaku v lebce)**.**	ANO	NE
Mám kochleární implantát (přístroj na podporu slyšení)**.**	ANO	NE
Mám v těle jiný přístroj / elektronický implantát.	ANO	NE
Jsem po operaci aneuryzmatu (výdutě) **mozkové tepny.**	ANO	NE
Mám v těle cévní svorky (klipy)**.**	ANO	NE
Mám v tepnách nebo žílách stent (cévní výztuž) **nebo žilní filtr** (embolizační spirály v aneuryzmatu jsou pro MR bezpečné)**.**	ANO	NE
Mám stimulátor funkcí mozku nebo nervů (např. při Parkinsonově chorobě či jiných neurologických onemocněních, vagální stimulátor apod.)**.**	ANO	NE
Mám komorovou drenáž mozku.	ANO	NE
Mám náhradu srdeční chlopně.	ANO	NE
Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa (střepiny, špony, náboje atd.)**.**	ANO	NE
Mám kovové kloubní či kostní implantáty (umělý kloub, šrouby, dlahy).	ANO	NE
Mám kroužky na žaludku v rámci léčby žaludečního refluxu (pálení žáhy).	ANO	NE
Mám magnetický systém pro léčbu vpadlého hrudníku (sternální implantát).	ANO	NE
Mám stimulátor močového měchýře.	ANO	NE
Mám v těle protézu (oční, ortopedickou či jakoukoliv jinou).	ANO	NE
Jsem po operaci žlučníku nebo žlučových cest a mám v břiše svorky.	ANO	NE
Jsem po transplantaci jater či ledvin.	ANO	NE
Jsem po operaci páteře.	ANO	NE
Mám piercing, tetování nebo permanentní make-up.	ANO	NE
Mám nitroděložní tělísko.	ANO	NE
Jsem těhotná, uveďte týden / měsíc těhotenství:	ANO	NE
Mám strach z uzavřených prostor (klaustrofobii).	ANO	NE
Mám závažné onemocnění ledvin.	ANO	NE
Mám alergii na léky, desinfekci či kontrastní látku.	ANO	NE
Léčím se s astmatem.	ANO	NE

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou k tomuto vyšetření může být v některých případech ultrazvuk (UZ) nebo výpočetní tomografie (CT). Většinou však neposkytují tato vyšetření stejnou kvalitu diagnostických informací

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

jako MR a nelze tedy mluvit o plnohodnotné alternativě. CT je navíc založeno na použití rentgenového záření, které přináší určité zdravotní riziko. Výhodou CT je naopak rychlost vyšetření, zobrazení kostí a CT je také používáno v případě implantovaných přístrojů, které vylučují vyšetření magnetickou rezonancí (např. kardiostimulátor).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Na tento výkon není ve většině případů nutná žádná příprava (mimo vyšetření břicha), přesto je několik doporučení, které je dobré vzít na vědomí:

- Při vyšetření nesmí být uvnitř přístroje žádný kovový (ani nemagnetický) materiál. Z toho důvodu je nezbytné nechat všechny šperky, kovové přezky, spony, vlásenky, hodinky, klíče, mince, bankovní karty, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky apod. doma či na pokoji nebo je odložit před vyšetřením v kabince.
- Před vyšetřením odložte v kabince případná naslouchadla, brýle, kontaktní čočky, snímatelné zubní protézy.
- Při vyšetření hlavy je žádoucí, aby vyšetřovaná neměla nanesenou řasenku.
- Můžete být vyzván/a k odložení oděvu s kapsami, a to z důvodu minimalizace rizika Vašeho zranění nebo poškození přístrojové techniky zapomenutými kovovými předměty v částech oděvu.
- Kontrastní látka se případně podává v malém množství (cca 10 - 20 ml) vpichem přímo do žíly, vzácně do kloubu.
- Výjimečně se může kontrastní látka podávat také ústně. U dětí či osob se strachem z uzavřených prostor (klaustrofobie) může být potřeba podat léky na zklidnění (sedativa).

Odborný personál Vás uloží na vyšetřovací lůžko a vyšetřovanou oblast umístí do příslušné vyšetřovací cívky. Pohyblivé vyšetřovací lůžko s Vámi zajede do vyšetřovacího prostoru přístroje (tunelu). Vyšetření obvykle trvá 15 - 45 minut a po tuto dobu je nezbytné zůstat v klidu, protože pohyb částí těla znehodnocuje vyšetření. Při vyšetření orgánů hrudníku a břicha budete během vyšetření opakovaně vyzváni k zadržení dechu, aby byl jakýkoli nežádoucí pohyb trupu maximálně eliminován.

MR vyšetření je provázeno hlukem, a to o různé intenzitě. Z tohoto důvodu Vám budou poskytnuta sluchátka nebo ušní ucpávky. V naléhavých případech (např. při nevolnosti nebo bolestivých pocitech) můžete ihned kontaktovat personál MR pracoviště pomocí ovladače signalizačního zařízení, který budete mít v ruce.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po vyšetření s kontrastní látkou pacient vyčká ještě 20 minut v čekárně kvůli možnosti opožděné alergické reakce na kontrastní látku. Pokud by se po vyšetření s kontrastní látkou dostavily projevy alergie (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) až po opuštění zdravotnického zařízení, okamžitě

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

uvědomte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo (po ambulantním MR vyšetření) lékařskou pohotovostní službu. Pokud se po vyšetření cítíte dobře, nemáte pocit nevolnosti a nebyly Vám podány uklidňující léky, můžete dále pokračovat ve svém programu. Kojící matky po aplikaci kontrastní látky přeruší kojení na 24 hodin (je proto vhodné před vyšetřením nasbírat na tuto dobu mléko do zásoby). Během 24 hodin se kontrastní látka vyloučí z Vašeho těla.

Další potřebná léčba:

Závisí na Vašem onemocnění, pro které bylo vyšetření prováděno.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

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

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka