

MAGNETICKÁ REZONANCE



Příjmení a jméno pacienta:	Tělesná váha:
Rodné číslo:	Pojišťovna:
<i>U nezletilých osob, u osob neschopných udělit souhlas či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům vyplní zákonný zástupce pacienta. Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení, datum narození):</i>	

Vážený pane, vážená paní, vážení rodiče,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař vyšetření magnetickou rezonancí (MR vyšetření). Jedná se o jednu z nejmodernějších vyšetřovacích metod, která je v současné době schopna vyšetřit většinu orgánů lidského těla, včetně mozku, páteře, cév, kloubů, pánve i břišních orgánů. **Vyšetření není založeno na principu rentgenových paprsků.** U elektromagnetické energie, která se při MR používá, nebyly dosud prokázány škodlivé biologické účinky. Přesto se raději vyhýbáme vyšetření těhotných žen v prvních třech měsících těhotenství. Začátek vyšetření se může zpozdít v případě nenadálé nutnosti předřazení akutního vyšetření. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu:

Objevení a zhodnocení případné choroby ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení již známých změn k rozvaze o eventuálních dalších vyšetřovacích nebo léčebných výkonech.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu:

Vyšetření výpočetní tomografií (CT), které je zatížené ionizačním zářením a vyšší četností alergické reakce při podání kontrastní látky, nebo tam, kde je to vhodné a možné, vyšetření ultrazvukem. Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl Váš ošetřující lékař, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Rizika a možné komplikace výkonu:

Během vyšetření se může objevit tzv. panická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru, úzkost, tíseň, neklid. Tuto obtíž můžete ohlásit vyšetřujícímu personálu zmáčknutím **signálního tlačítka**, které držíte během vyšetření v ruce. Personál se bude akutním problémem ihned zabývat a má možnost Vás během několika vteřin vyvézt z tunelu. Vyšetření je provázeno **velkým hlukem**, který způsobují přístrojové součásti. Tento hluk je normálním úkazem a neměl by Vás znepokojovat. **Chráníče sluchu** Vám samozřejmě rádi poskytneme. **V některých případech je nutná aplikace kontrastní látky** (jde o cheláty gadolinia, nikoli o jódové preparáty), proto je vhodné vědět, zda pacient v minulosti prodělal nějakou alergickou reakci. Po podání kontrastní látky se mohou vyskytnout bolesti hlavy, nevolnost, krátkodobé závratě, bolesti v místě injekce. Zcela vzácně se mohou vyskytnout reakce alergického typu, kožní vyrážky, zvracení, problémy s dýcháním, otoky, poruchy srdečního rytmu, poškození ledvin. Z tohoto důvodu je nutné uvést, zda pacient netrpí dlouhodobou poruchou funkce ledvin. Výskyt alergických reakcí na kontrastní látky používané při vyšetření magnetickou rezonancí je velmi vzácný. Náš personál je obeznámen s metodikou zvládnání alergických reakcí. O případné aplikaci kontrastní látky rozhoduje vyšetřující lékař (radiolog). V případě, že máte **alergii na kontrastní látku**, lze vyšetření MR provést tzv. nativně, tj. bez podání kontrastní látky. **Kojící matky po aplikaci MR kontrastní látky přeruší kojení na 24 hodin**, je vhodné před vyšetřením nasbírat na tuto dobu mléko do zásoby.

Vyšetření na MR je bezpečné. Může se však stát nebezpečným, pokud má pacient v těle či na těle některé kovové přístroje či předměty, proto je nutné vše před vyšetřením odložit (zubní protézy, naslouchadla, protetické pomůcky, podprsenku, opasek, paruku, vlásenky, pinety, vlasové jehlice, špendlíky apod.), kovové mince, klíče, hodinky, kreditní karety, náprsní tašku, brýle, mobilní telefon, piercing, prsteny a šperky, jinak může dojít k jejich poškození či poranění pacienta či personálu.

Příprava k výkonu (vyšetření):

Vyšetření se provádí v silném magnetickém poli, je nebolestivé a téměř nevyžaduje žádnou speciální přípravu. **Výjimkou je vyšetření břišní oblasti a pánve**, kdy je doporučeno před vyšetřením být nalačno 3 hodiny (tedy žádná tekutina ani jídlo) a těsně před vyšetřením si dojít na toaletu. U **MR enterografie** (vyšetření tenkého střeva) je zapotřebí dokonalé vyprázdnění střevního obsahu před MR vyšetřením, proto je doporučena několikadenní dieta. Na vyšetření mozku a obličejové části přicházejte bez kontaktních čoček a nenalíčení, bez řasenek, make-upu, pudrů, vlasových gelů, laků apod. Pokud budete nalíčená, budete vyzvána k odstranění make-upu.

Postup před a při výkonu (MR vyšetření):

Z důvodu bezpečnosti a ochrany zdraví je nutné před a během vyšetření dodržovat veškeré pokyny vyšetřujícího personálu. Po vstupu do přípravné kabinky **odložte** Váš oděv, abychom vyloučili přítomnost jakéhokoliv kovového předmětu v magnetickém poli. Zároveň **odložte** zubní protézy, naslouchadla, protetické pomůcky, podprsenku, opasek, paruku, vlásenky, pinety, vlasové jehlice, špendlíky apod., kovové mince, klíče, hodinky, kreditní karty, náprsní tašku, brýle, mobilní telefon, piercing, prsteny a šperky. Na vyšetření je možné si donést vlastní bavlněné triko. Bude-li potřeba aplikace kontrastní látky, bude Vám do žíly zavedena kanyla (plastová hadička), kontrastní látka pak bude aplikována do této kanyly.

Po splnění výše uvedených úkonů budete uveden/a do vyšetřovny, kde již působí magnetické pole.

Radiologický asistent Vás uloží na vyšetřovací stůl. Okolo nebo pod vyšetřovanou částí těla Vám bude umístěna cívka, která přijímá odezvu z vyšetřované tkáně. Poté budete zavezen/a na lůžku do tunelu, což může vyvolat nepříjemné pocity. Ujistíme Vás, že je tunel zásobován čerstvým vzduchem z ventilátoru, personál Vás po celou dobu vyšetření sleduje kamerou a jste s ním spojen/a prostřednictvím mikrofonu. **Jakoukoli obtíž lze ohlásit vyšetřujícímu personálu zmáčknutím signálního tlačítka**, které držíte během celého vyšetření v ruce. Po celou dobu vyšetření, které trvá zhruba 15-45 minut, **klidně ležte, nehýbejte se**, nesmrkejte, neškrabte se a pravidelně dýchejte. **Každý Váš pohyb znehodnotí vyšetření.** Při vyšetření orgánů dutiny břišní budete opakovaně požádáni o zadržení dechu na kratší dobu, zhruba 15 až 20 vteřin. Vyšetření je provázeno velkým hlukem, který způsobují přístrojové součásti. Tento hluk je normálním úkazem a neměl by Vás znepokojovat. Chrániče sluchu Vám samozřejmě rádi poskytneme.

Vyšetření na MR je bezpečné. Může se však stát nebezpečným, pokud má pacient v těle či na těle některé kovové přístroje či předměty. Silné magnetické pole může porušit funkci nebo změnit umístění všech kovových předmětů, které vám kdy byly vpraveny do těla, a to nejspíše účelově při některém z operačních zákroků.

Máte-li kardiostimulátor, implantovaný defibrilátor, kochleární implantát či kovové střeptiny po úraze kdekoli v těle NESMÍTE být vyšetřeni magnetickou rezonancí!!! Upozorněte, prosím, na tuto skutečnost náš personál!!!

Prosíme pravdivě vyplňte následující dotazník. Napište pravdivě ANO či NE, dotazník prosím neproškrťujte!

Odpověď „ANO“ na některé z dále uvedených otázek **neznamená**, že by vyšetření nemohlo být provedeno. V případě nejasností a s dalšími otázkami se, prosím, obraťte na personál pracoviště MR.

Máte v těle kardiostimulátor, elektrody, defibrilátor?	
Máte v těle stimulátor, biostimulátor nebo jiný elektronický strojek ? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	
Máte v těle či na těle nějaký jiný přístroj (např. inzulinovou pumpu)?	
Máte v těle implantovaný monitor životních funkcí (např. srdeční monitor nebo monitor nitrolebečního tlaku v lebce). <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	
Máte v oku střeptinu či jiné cizí kovové těleso ?	
Měl/a jste někdy v minulosti alergickou reakci? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	

Měl/a jste již dříve aplikovanou intravenózně (nitrožilně) kontrastní látku při vyšetření MR?		
Pokud Vám byla kontrastní látka pro MR již dříve aplikována, měl/a jste alergickou reakci?		
Máte v těle kov po operaci páteře? <i>Případně uveďte rok operace a lokalizaci:</i>		
Jste po operaci umělého kloubu nebo máte v těle nějaký kovový materiál (dlahu, šrouby) po operaci zlomeniny kostí? <i>Případně uveďte rok a specifikujte lokalizaci:</i>		
Jste po operaci žlučníku nebo žlučových cest a máte v břiše svorky?		
Máte v těle šrapnel, kulku, broky, střepiny z granátu?		
Máte náhradu srdeční chlopně?		
Máte zavedené stenty (cévní výztuže)? <i>Případně uveďte rok zavedení:</i>		
Máte by-pass?		
Máte v těle aneurymatickou cévní svorku (klip)? <i>Případně uveďte rok a specifikujte lokalizaci:</i>		
Máte v těle cévní svorky nebo jiné předměty v cévách (např. embolizační materiál, spirály) po operaci?		
Máte zavedený kavální filtr (filtr do dolní duté žíly)?		
Jste po transplantaci orgánu (jater, ledviny ...)? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>		
Máte kochleární implantát (pro podporu slyšení)?		
Máte ušní naslouchadlo?		Máte cukrovku?
Máte oční protézu?		Máte zubní protézu?
Trpíte sníženou funkcí ledvin?		Máte rovnátka?
Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo zvýšené srážlivosti krve?		Máte nesnímatelný piercing?
Léčíte se s astmatem?		Permanentní make up?
Trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřeného prostoru)?		Máte tetování?

Pokud Vám byl do těla implantován kovový předmět, se kterým je možné MR provést, je nutné doložit tuto skutečnost potvrzením z pracoviště, kde vám byl voperován.

Pro muže: Máte penilní implantát (protézu v penisu)?

Pro ženy: Jste těhotná? *Pokud ano, v jakém týdnu?* *Kojíte?*
Máte nitroděložní tělísko?

Po výkonu (vyšetření):

Po ukončení vyšetření budete odveden/a zpět do kabinky, pečlivě si přezkoušejte všechny odložené věci a následně budete moci odejít domů. **Po vyšetření s kontrastní látkou pacient vyčkáte 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 uvědomte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo lékařskou pohotovostní službu. Po provedeném vyšetření s aplikací kontrastní látky je nutná dostatečná hydratace, tj. alespoň 2 litry tekutin. Kojící matky po aplikaci kontrastní látky přeruší kojení na 24 hodin, než se kontrastní látka vyloučí z těla. MR vyšetření Vás/Vaše dítě nijak neomezuje v obvyklém způsobu života. **V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte náš personál.**

Po provedeném vyšetření dochází k vlastnímu zpracování získaných informací. Písemné výsledky z vyšetření budou po vyhodnocení lékařem automaticky zaslány ošetřujícímu lékaři, který Vás na vyšetření odeslal.

V případě zájmu zašleme kopii nálezu po vyplnění speciálního souhlasu i na Váš soukromý mail. Pozor, souhlas je potřeba vyplnit a podepsat osobně na našem pracovišti. Kopii pořízených snímků z MR vyšetření Vám za poplatek můžeme po provedeném MR vyšetření vypálit na náš CD nosič.

Prohlášení pacienta (nebo jeho zákonného zástupce)

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně a podrobně seznámen/a s veškerými shora uvedenými skutečnostmi včetně upozornění na možná rizika, komplikace a jejich řešení. Byly mi vysvětleny alternativní možnosti a možná rizika při nepodstoupení výkonu. Porozuměl/a jsem jim, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny a že jsem informacím i poučení plně porozuměl/a. Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby. Prohlašuji, že jsem pravdivě odpověděl/a na položené otázky v tomto dokumentu. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení vyslovuji tímto svůj svobodný a informovaný souhlas provedením vyšetření magnetickou rezonancí s případným podáním kontrastní látky nitrožilně. Dále prohlašuji, že jsem byl poučen o tom, že v případě nevolnosti nebo jiných komplikací během vyšetření mám použít signalizační tlačítko k přivolání personálu.

Souhlasím, pokud to bude pro navazující diagnostický či léčebný postup nezbytné, s předáváním nálezů a dat dalším lékařům, zdravotnickým zařízením a zdravotním pojišťovnám v rozsahu, který povoluje zákon na ochranu dat. Souhlasím s použitím anonymních dat týkajících se mé léčby pro publikační a výukové účely.

Datum: _____ **Vlastnoruční podpis pacienta:** _____

U nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům vyplní zákonný zástupce.

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

Datum, jméno, podpis a razítko odesílajícího lékaře, který provedl kontrolu odpovědí na otázky a pacienta poučil:

Prohlášení odborného zdravotnického pracovníka, který poučil pacienta o vyšetření:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze, důsledcích, rizicích, možných komplikacích a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl podle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem pacienta informoval o tom, že absolutní kontraindikací vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, defibrilátor, kochleární implantát a střešina kdekoli v těle.

Razítko a podpis radiologického asistenta, který provedl kontrolu odpovědí na otázky: _____