

MAGNETICKÁ REZONANCE



Příjmení a jméno pacienta:	Pojišťovna:
Rodné číslo (číslo pojištěnce) /datum narození:	Tělesná váha:
U nezletilých osob či osob s omezenou svéprávností vyplní zákonný zástupce pacienta. Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení, datum narození, vztah k pacientovi):	

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. 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:

Vyšetření obvykle trvá 15-45 minut. 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. **Chrániče sluchu** Vám samozřejmě rádi poskytneme. U vyšetření břicha a pánve může být před a v průběhu vyšetření nutná nitrožilní aplikace přípravku Buscopan se spasmolytickým účinkem. Buscopan (Butylscopolaminium-bromid) uvolňuje křečovitě stahy hladké svaloviny trávicího a močopohlavního ústrojí. Podobně jako všechny léky může mít i Buscopan nežádoucí účinky a mohou být přičítány anticholinergním vlastnostem přípravku Buscopan. Anticholinergní nežádoucí účinky přípravku Buscopan jsou obvykle mírné a spontánně ustupují. Nemusí se vyskytnout u každého. **V některých případech je nutná aplikace kontrastní látky** (jde o cheláty gadolinia, nikoli o jódové preparáty), proto je vhodné vědět, zda pacient netrpí dlouhodobou poruchou funkce ledvin nebo v minulosti prodělal nějakou alergickou reakci na kontrastní látku. O případné aplikaci kontrastní látky rozhoduje vyšetřující lékař (radiolog). Po podání kontrastní látky se mohou vyskytnout bolesti hlavy, nevolnost, krátkodobé závratě, bolest v místě injekce. Zcela vzácně se mohou vyskytnout reakce alergického typu, kožní vyrážky, zvracení, problémy s dýcháním, otoky, poruchy srdečního rytmu, poškození ledvin. Zcela výjimečně může dojít k těžké alergické reakci až ohrožení života. Výskyt alergických reakcí na kontrastní látky používané při vyšetření magnetickou rezonancí je velmi vzácný. Náš personál je obeznámen s metodikou zvládání alergických reakcí. **V případě, že máte alergii na kontrastní látku, lze vyšetření MR provést tzv. nativně, tj. bez podání kontrastní látky. Kojící matky vynechají kojení na 24 hodin po aplikaci MR kontrastní látky, je vhodné před vyšetřením nasbírat na tuto dobu mléko do zásoby.**

Prosíme, vstupujte do MR vyšetřovny bez kovových předmětů! 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, jinak může dojít k jejich poškození či poranění pacienta či personálu. **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.** 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.

Máte-li kardiostimulátor, implantovaný defibrilátor, kochleární implantát či kovové střepliny po úraze kdekoli v těle NESMÍTE být vyšetřeni magnetickou rezonancí!

Upozorněte, prosím, na tuto skutečnost náš personál!

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 3-4 hodiny** (tedy žádné tekutiny ani jídlo). U MR enterografie (vyšetření tenkého střeva) je zapotřebí dokonalé vyprázdnění střevního obsahu před MR vyšetřením, proto je důležité dodržet několikadenní dietu. K vyšetření mozku a obličejové části přicházejte bez kontaktních čoček a nenalíčení, bez řasenek, make-upu, pudrů, vlasových gelů, laků apod.

Postup před a při výkonu:

Z důvodu bezpečnosti a ochrany zdraví je nutné před a během MR 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, vlasové spony a skřípce apod., kovové mince, klíče, hodinky, kreditní karty, náprsní tašku, brýle, mobilní telefon, piercing, prsteny a všechny šperky či jakékoliv další kovové předměty. 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 mikrofону. Při vyšetření orgánů dutiny břišní budete opakovaně požádáni o zadržení dechu na kratší dobu, zhruba 15 až 20 vteřin.

Jakoukoli obtíž lze ohlásit vyšetřujícímu personálu zmáčknutím signálního tlačítka, které držíte během celého vyšetření v ruce. Po celou dobu vyšetření, klidně ležte, nehýbejte se, nesmrkejte, neškrabte se a pravidelně dýchejte. Každý Váš pohyb znehodnotí vyšetření.

Prosíme, vyplňte pravdivě následující dotazník. Odpověď „ANO“ na některé z dále uvedených otázek neznámá, že by vyšetření nemohlo být provedeno. V případě nejasností a s dalšími otázkami se, prosím, obraťte na personál pracoviště MR. **Dotazník prosím neproškrťujte! Ke každé rubrice vlastnoručně napište slovo „ANO“ nebo slovo „NE“ podle toho co platí.**

ANO či NE

Trpíte klaustrofobií (strachem z uzavřeného prostoru)?	
Máte v těle kardiostimulátor, elektrody, defibrilátor?	
Máte v oku cizí kovové těleso?	
Máte oční protézu?	
Máte v těle cizí kovové těleso (projektil, střepina, špona...)?	
Máte ušní sluchadlo?	
Máte implantovaný kochleární implantát (ušní protézu)?	
Máte náhradu srdeční chlopně?	
Měl/a jste v minulosti vážnou alergickou reakci? Pokud ano, uveďte podrobnosti:	

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 stimulator (např. při Parkinsonově chorobě, stimulator močového měchýře), neurostimulator , biostimulator nebo jiný elektronický stroj? Pokud ano, uveďte podrobnosti:	
Máte v těle kov po operaci páteře ? Případně uveďte rok operace a lokalizaci:	
Jste po operaci umělého kloubu nebo máte v těle po operaci zlomeniny kosti nějaký kovový materiál (dlahu, dráty, šrouby)? Případně uveďte rok a specifikujte, o který kloub nebo kost se jedná:	
Jste po operaci žlučníku (žlučových cest)?	
Máte zavedené stenty (cévní výztuže)? Případně uveďte rok zavedení:	
Jste po operaci aneurysmatu (výdutě) a máte v těle cévní svorku? Případně uveďte rok:	
Máte by-pass?	
Máte v těle cévní svorky nebo jiné předměty v cévách (např. embolizační materiál, spirály) po operaci? Případně uveďte rok a specifikujte lokalizaci:	
Máte zavedený kavální filtr (filtr do dolní duté žíly)?	
Jste po transplantaci orgánu (jater, ledviny ...)?	
Léčíte se s astmatem?	
Trpíte sníženou funkcí ledvin?	
Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo zvýšené srážlivosti krve?	
Máte zelený oční zákal-glaukom?	
Máte cukrovku?	
Máte v těle či na těle nějaký jiný přístroj? Implantované pumpy (inzulínová, léky proti bolesti)?	
Máte v těle implantovaný monitor životních funkcí (např. srdeční monitor nebo nitrolebečního tlaku v lebce).	
Máte zubní protézu?	
Máte fixní rovnátka?	
Máte magnetické řasy?	
(Pro muže) Máte penilní implantát (protézu v penisu)?	
(Pro ženy) Jste těhotná? Pokud ano, v jakém týdnu?	
(Pro ženy) Kojíte?	
(Pro ženy) Máte nitroděložní tělísko?	

Po výkonu:

Po ukončení vyšetření budete odveden/a zpět do kabinky, pečlivě si přezkoumáte všechny odložené věci a následně budete moci odejít domů. 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 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. V případě vyšetření s aplikací látky Buscopan se mohou vyskytnout problémy s viděním a závratě, pacient nesmí řídit motorová vozidla či provádět obsluhu strojů nebo vykonávat jiné potenciálně nebezpečné činnosti až do obnovení normálního vidění, vhodné je rovněž zajištění doprovodu na cestu domů. 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 Vám zašleme kopii nálezu po vyplnění speciálního souhlasu i na Váš soukromý mail. Pozor, souhlas je potřeba vyplnit a podepsat osobně na našem pracovišti.

Prohlášení pacienta (nebo jeho zákonného zástupce)

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a v dostatečném předstihu, řádně, srozumitelně a podrobně informován/a o důvodu a způsobu provedení výkonu a o veškerých shora uvedených skutečnostech včetně upozornění na možná rizika výkonu, jeho možné komplikace a jejich řešení. Byl/a jsem poučen/a o tom, že v případě nevolnosti nebo jiných komplikací během vyšetření mám použít signalizační tlačítko k přivolání personálu. Byly mi vysvětleny možné alternativy výkonu a možné zdravotní následky, pokud výkon nebude proveden. Byl/a jsem rovněž seznámen/a s režimem po výkonu. Prohlašuji, že jsem si přečetl/a celý obsah tohoto informovaného souhlasu, podaným informacím rozumím a měl/a jsem rovněž možnost klást doplňující otázky a na veškeré dotazy jsem obdržel/a vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. Prohlašuji, že jsem nezamítl/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby mnou zastupované), které by mohly nepříznivě ovlivnit výkon či léčbu či ohrožit okolí, zejména rozšířením infekční choroby. Prohlašuji, že jsem pravdivě odpověděl/a na položené otázky v tomto dokumentu. Byl/a jsem seznámen/a s právem pacienta odmítnout navrhovaný postup anebo odvolat souhlas s výkonem. Beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení vyslovuji tímto svůj svobodný a informovaný souhlas s:

- ✓ **provedením vyšetření magnetickou rezonancí**
- ✓ **případným podáním kontrastní látky nitrožilně**
- ✓ **případným podáním přípravku Buscopan nitrožilně**

Současně vyslovuji i souhlas s tím, aby byly i bez mého dodatečného souhlasu provedeny i další, zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví či života a zdraví osoby mnou zastupované a nebude-li možné vyžádat si můj další dodatečný souhlas. Beru na vědomí, že obrazové záznamy z vyšetření mohou být v anonymizované formě použity pro publikační a výukové účely. Byl jsem poučen/a, že při jakémkoliv takovém použití nebudou zveřejňovány osobní údaje (jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo), ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci pacienta.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Doplňující dotazy pacienta/zákonného zástupce či jiné záznamy:

Datum: _____, _____ **hod.** **Vlastnoruční podpis pacienta:** _____

U nezletilých osob či osob s omezenou svéprávností.

Datum: _____ **Jméno a podpis zákonného zástupce/opatrovníka:** _____

Pokud pacient/ zákonný zástupce s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen se podepsat. Důvod, pro nějž pacient není schopen se podepsat:

Způsob projevu souhlasu:

Datum: _____ **Jméno svědka a podpis:** _____

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