

INFORMOVANÝ SOUHLAS

VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař **vyšetření magnetickou rezonancí (MR vyšetření)**. Podle současných právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením vyšetření u Vás (Vašeho dítěte) souhlasíte. Dokument zároveň obsahuje nejdůležitější informace k potřebné přípravě k výkonu, jeho kontraindikacím, průběhu, rizikům a možným důsledkům. **Informace o důvodu provedení výkonu a jeho alternativ (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

Příprava pacienta k výkonu.

Vyšetření vyžaduje přípravu pouze zcela výjimečně a zajistí ji v součinnosti s Vámi na místě kvalifikovaný personál pracoviště. Vyšetření u nespolupracujících nemocných, především malých dětí s nutností celkové anestezie naše pracoviště neprovádí.

Z bezpečnostních důvodů je třeba z Vaší strany minimalizovat v den vyšetření použití kosmetických přípravků a ozdoby těla, pokud možno, ponechat doma nebo na lůžkovém oddělení. **Pracoviště magnetické rezonance funguje ve zvláštním bezpečnostním režimu, protože silné magnetické pole a radiofrekvenční vlny mohou při nesprávné aplikaci ohrozit zdraví i život zúčastněných osob.** V prostorách pracoviště se smíte pohybovat pouze v doprovodu kvalifikovaného personálu a musíte se striktně řídit jeho pokyny. Silný hluk ve vyšetřovně bude tlumen ochrannými sluchátky. Problémem může být malý prostor, ve kterém někteří pacienti nevydrží ležet. Máte-li v tomto směru potíže, upozorněte indikujícího lékaře, aby konzultoval předem náš personál. Součástí informovaného souhlasu je dotazník, na jehož přesném vyplnění závisí bezpečnost Vašeho vyšetření. Věnujte mu proto náležitou pozornost! Životně důležité je, abyste upozornili na jakýkoli implantát (lékařem zavedený objekt) ve Vašem těle, cizí kovová tělesa např. kovové dlahy, rovnátka, zubní protézy stěpiny, projektily, tetováž, apod. Pokud Vám byla k příslušnému implantátu v minulosti poskytnuta písemná dokumentace, vezměte ji s sebou, pokud neexistuje, měl by s námi předem věc řešit indikující lékař. V případě podávání kontrastní látky musíte mít v pořádku funkci ledvin, i v případě sebemenší poruchy v tomto směru je třeba na věc upozornit, aby se zabránilo velmi vážným následkům!

Průběh vyšetření.

Na pracovišti zprvu ve zvláštní kabině odložíte svrchní oděv a zanecháte zde veškeré kovové předměty, které mohou být součástí prádla (podprsenky apod.), ozdob těla (paruk, vlasenek, pinet, vlasových jehlic, špendlíků, svorek, prstenů, šperků apod.), dále je třeba odložit všechny elektronické přístroje a předměty citlivé na magnetické pole (kreditní karty apod.). Většinou bude požadováno odstranění případného líčení. Bude Vám poskytnut prostředek k zakrytí obnažené partie těla. Nedbalost nebo nepozornost z Vaší strany ve smyslu výše uvedeného může mít fatální následky, věnujte proto této fázi přípravy mimořádnou pozornost. Ze svlékacího boxu budete personálem odveden (a) do vyšetřovny, kde se nachází velmi silné magnetické pole. Vyšetření

probíhá vleže na posuvném stole, do blízkosti nebo přímo na povrch vyšetřované části Vašeho těla bude většinou umístěna speciální cívka. Vyšetření většinou trvá 30-45 minut, od Vás bude požadován především naprostý klid a správná reakce na případné hlasové pokyny. V některých případech Vám bude aplikována kontrastní látka zavedenou nitrožilní kanylou. Na začátku vyšetření budete zavezen (a) na lehátko do tunelu širokého 60 cm. Pokud byste cítil (a) úzkost či jiné nepříjemné pocity, je možné přivolat kdykoli zmáčknutím balonku, který dostanete do ruky, personál a ten Vás z tunelu během několika vteřin vyveze. Personál Vás po celou dobu vyšetření pečlivě sleduje. Je ve Vašem zájmu snažit se zůstat v klidu, bez toho vyšetření nebude hodnotitelné. V průběhu vyšetření upozorněte na jakoukoli neobvyklou změnu (lokální bolest, pocit tepla, nevolnost apod.).

Rizika a možné komplikace výkonu.

Při dodržení výše uvedených postupů a omezení, nehrozí pacientovi při vyšetření žádná nebezpečí. U těhotných provádíme výkon jen pokud je to naprosto nezbytně nutné, totéž platí o podání kontrastní látky. U kojících je po podání kontrastní látky potřeba dočasně (36-48 hodin) přerušit podávání mléka dítěti a odstříkat. Výskyt alergických reakcí na kontrastní látky používané při vyšetření magnetickou rezonancí je velmi vzácný, jsme však i na něj odborně a technicky připraveni. Alergie se velmi vzácně dostaví i opožděně (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost), vznikne-li mimo zdravotnické zařízení, kontaktujte neprodleně tel. č. 155.

Chování po výkonu, možná omezení.

Před odchodem z pracoviště si pečlivě překontrolujte všechny odložené věci. Po vyšetření s kontrastní látkou je třeba ve zdravotnickém zařízení setrvat ještě nejméně 30 minut, jinak je vyšetření skončeno. U vyšetření bez podání kontrastní látky nemusíte mít doprovod další osoby, v opačném případě je vítán. MR vyšetření bez podání kontrastní látky Vás/Vaše dítě nijak neomezí v obvyklém způsobu života. Po podání běžné kontrastní látky je vhodné dostatečně pít, aby se podpořilo její vylučování ledvinami.

Jakékoli Vaše otázky v souvislosti s MR vyšetřením zodpoví vyšetřující personál. Na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Máte plné právo obojí odmítnout.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

- ✓ By/la jsem seznámena s:
 - údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).
 - alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).
 - možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.
 - léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony
- ✓ Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. 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.
- ✓ Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

✓ **Prohlašuji, že:**

- mě byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)
- jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života mého (mého dítěte). V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.
- **jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).** Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volné vyspělosti.

V Plzni dne:v hod.

Pacient/ka: **rodné číslo**

Zákonný zástupce: příbuzenský vztah

Podpis pacienta/pacientky:

Lékař provádějící poučení
jmenovka, podpis

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen/schopna informovaný

souhlas podepsat, z důvodu:

Způsob projevu souhlasu:

(kývnutí hlavy, gestem, očima, jiný způsob)

.....
podpis zákonného zástupce nebo svědka

DOTAZNÍK:

| | | |
|---|------------|-----------|
| Máte zavedený kardiostimulátor/defibrilátor (tj. přístroj, voperovaný pod kůži, který řídí činnost srdce) nebo Vám byl takový přístroj vyjmut a byly ponechány na místě jeho elektrody? | ANO | NE |
| Máte po operaci umělého kloubu nebo zlomeniny některé kosti? | ANO | NE |
| Máte v srdci umělou srdeční chlopuň? | ANO | NE |
| Máte v těle voperovanou inzulinovou pumpu? Cévní výztuž (stent)? Žilní filtr? Kovový embolizační materiál (okluder = ucpávku)? | ANO | NE |
| Jste po jakékoli operaci (např. srdečního by-passu s kovovými klipsy, operaci mozku, cév, oka, ledvin, po zlomenině kostí atd.)? | ANO | NE |
| Víte, že byste měli mít kdekoli v těle kovový předmět (jehlu, drát, dlahu, kovovou střepinu)? | ANO | NE |
| Byl/a jste někdy zraněn/a kulkou, šrapnelem, broky, střepinami granátu? | ANO | NE |
| Máte oční protézu? | ANO | NE |
| Léčíte se na nějakou chorobu ledvin? | ANO | NE |
| Máte ušní (kochleární) naslouchadlo? | ANO | NE |
| Máte zavedený kavální filtr (filtr do dolní duté žíly)? | ANO | NE |
| Máte zavedený metalický stent? | ANO | NE |
| Máte na těle tetování nebo permanentní make-up? | ANO | NE |
| Máte zubní protézu z kovu? | ANO | NE |
| Máte v těle jinou protézu? | ANO | NE |
| Máte kovovou střepinu v oku? | ANO | NE |
| Pracoval/a jste jako kovodělník? | ANO | NE |
| Máte v těle piercingové (kovové ozdoby) kroužky? | ANO | NE |
| Trpíte alergií na nějakou látku, věc nebo potravinu? | ANO | NE |
| Byl/a jste již někdy vyšetřen/a magnetickou rezonancí? | ANO | NE |
| Máte implantovaný elektronický přístroj? | ANO | NE |
| <u>Speciální dotazy pro ženy</u> | | |
| Máte zavedené intrauterinní tělísko (nitroděložní antikoncepci)? | ANO | NE |
| Jste těhotná? Pokud ano, kolik týdnů? | ANO | NE |