

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

### Magnetická rezonance (MR)

#### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

#### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

##### Vážená paní, vážený pane,

Vaším ošetřujícím lékařem Vám bylo navrženo provedení vyšetření magnetickou rezonancí. V následujícím textu najdete informace o tomto vyšetření, které případně můžete rozšířit rozhovorem s odborným pracovníkem. Na závěr vyjádříte svůj informovaný souhlas či nesouhlas s tímto zdravotnickým výkonem.

##### Účel výkonu a jeho průběh:

###### **Co je magnetická rezonance**

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.

###### **Příprava k výkonu:**

Před výkonem je potřeba, aby pacient byl 4 hodiny před výkonem na lačno. Z důvodu možné aplikace kontrastní látky:

- 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 kabině.
- Před vyšetřením odložte v kabině případná naslouchadla, brýle, kontaktní čočky, snímatelné zubní protézy.
- Při vyšetření hlavy je žádoucí, aby vyšetřovaná neměla nanesenou řasenku.
- 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).

###### **Vlastní výkon:**

Odborný personál Vás uloží na vyšetřovací lůžko a vyšetřovanou oblast umístí do příslušné vyšetřovací cívky. Z důvodu Vaší bezpečnosti (prevence zranění končetin při zajištění vyšetřovacího lůžka do přístroje a prevence pádu při přesunu) mohou být přiloženy v oblasti břicha a horních končetin fixační pásy. 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.

###### **Rizika a možné důsledky výkonu:**

Magnetická rezonance je vyšetřovací metoda, která využívá silné magnetické pole. Není založena na rentgenovém záření. Žádné škodlivé účinky magnetické rezonance nebyly prokázány. Na základě

**ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU****Magnetická rezonance (MR)**

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

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.

**Alternativy výkonu:**

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

**Léčebný režim a preventivní opatření:**

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 (po ambulantním MR vyšetření) lékařskou pohotovostní službu.

**Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:**

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.

.....

**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 stimulator a zbyly  
mi v těle elektrody.

ANO NE

Mám implantovanou infuzní pumpu  
(např. pro dávkování inzulínu).

ANO NE

Mám implantovaný monitor životních funkcí (např. srdeční monitor  
nebo monitor intrakraniálního 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

**ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU****Magnetická rezonance (MR)**

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

Mám v těle cévní svorky (klipy).	ANO	NE
Mám v tepnách nebo žilách stent (cévní výztuž) nebo žilní filtr. Pozn.: 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 vpádlého 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. Pokud ANO 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
.....		

1. **souhlasím / nesouhlasím\*** s aplikací gadoliniové kontrastní látky
2. **souhlasím / nesouhlasím\*** s provedením vyšetření magnetickou rezonancí

\*)nehodící se škrtněte

**SPECIÁLNÍ INFORMACE**

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

### Magnetická rezonance (MR)

*Dat. nar.:*

*Kód poj.:*

*Č. poj.:*

#### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas.**

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

#### ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

**Datum a čas:**

.....

.....

*Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a*

*Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce*

**Případný svědek/svědci**

.....

*Podpis svědka/svědků*

**Jakým způsobem pacient/pacientka projevil/a svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat**