

Oddělení : Intervenční radiologie

Jméno a příjmení pacienta :

Rodné číslo :

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Dotazník před vyšetřením magnetickou rezonancí

Pro rozhodnutí o možnost bezpečného provedení vyšetření magnetickou rezonancí je nutno uvést před tímto vyšetřením údaje o přítomnosti níže vyjmenovaných materiálů a předmětů v těle pacienta a některých stavů :

Pacient má	NE	ANO
Kardiostimulátor		
Implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD)		
Kochleární implantát		
Neurostimulátor		
1.trimestr těhotenství		
Kovový materiál implantovaný před méně než dvěma měsíci		
Kovové kloubní náhrady		
Kovové cizí tělesa (kupř. úlomky, střeptiny)		
Inzulínová pumpa		
Chlopenní náhrada		
Cévní-embolizační svorka		
Embolizační spirála		
Nitroděložní tělísko		
Kontaktní čočky		
Žilní port		
Fixní(trvalé) zubní rovnátka		
Naslouchadlo		
Tetování		
Piercing (propíchnutí části kůže a vložení šperku)		
Klaustrofobie (strach z uzavřeného prostoru)		

Vysvětlivky: správnou variantu označte křížkem **x**

Výkon, se kterým pacient vyjadřuje souhlas :

Záznam o informovaném souhlasu pacienta - Nitrožilní podání kontrastní látky během vyšetření Magnetickou rezonancí

Vyšetření nelze provést (tzv.absolutní kontraindikace), má-li pacient kardiostimulátor, implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD), kochleární implantát, neurostimulátor a je-li v prvním trimestru těhotenství.

Účel podání kontrastní látky: v některých případech je nutno podat nitrožilně kontrastní látku za účelem umožnění provedení a/nebo zlepšení diagnostické výtěžnosti MR vyšetření (zvýšení kvality obrazu). Za účelem podání látky tohoto typu se zavádí nitrožilní kanyla do povrchové žíly, nejčastěji na horní končetině a speciální stříkačkou se aplikuje potřebné množství kontrastní látky.

Možné alternativy podání kontrastní látky: Nejsou

Rizika a možné důsledky podání kontrastní látky:

1. pocit tepla v končetině a/nebo celém těle-jedná se o neškodný a u některých pacientů subjektivně nepříjemný projev podání kontrastní látky
2. přechodné a/nebo trvalé zhoršení funkce ledvin. Prevencí je dostatečné zavodnění před vyšetřením a neprovedení vyšetření u pacientů s již sníženou funkcí ledvin určenou orientačně dle odběrů na hladinu odpadních látek v krvi
3. vznik tzv.alergické reakce různé závažnosti včetně formy bezprostředně ohrožující život pacienta. K této reakci může dojít zcela neodhadnutelně u některých hypersenzitivních pacientů .Možnými projevy jsou: kožní kopřivka, dušnost následkem zhoršení průchodnost dýchacích cest a/nebo poruchy činnosti srdce, změny krevního tlaku, v krajním případě v případě se vznikem šokového stavu s poruchou vědomí

Možná následná omezení způsobu života či pracovní schopnosti spojená s podáním kontrastní látky: Nejsou.

Léčebný režim a preventivní opatření, ev. kontrolní léčebné či vyšetřovací výkony:

Bezprostředně po ukončení vyšetření je nutno setrvat v čekárně 30minut za účelem sledování vzniku případných pozdních projevů. V nejbližších 24 hodinách se doporučuje dostatečný příjem tekutin (minimálně 2 litry) za účelem podpory vyloučení kontrastní látky z organismu.

Následné změny způsobilosti: V přímé souvislosti s podáním kontrastní látky nejsou.

Pacient byl/a náležitě poučen/a o možnosti odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším alternativním postupu či ustoupení od výkonu.

Já pacient /zákonný zástupce:

Byl jsem podrobně lékařem informován o potřebě výše uvedeného výkonu nutného k upřesnění či léčbě mého onemocnění v rozsahu výše uvedeném. Byl jsem seznámen se způsoby léčby mého onemocnění a jejich riziky. Uvědomuji si, že nelze vždy přesně určit všechna rizika dané léčby vzhledem k jedinečnosti každého člověka. Byl jsem rovněž seznámen s možností odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu i s riziky neléčení mé nemoci.

Prohlašuji, že:

- po osobní rozmluvě s lékařem a po vlastní svobodné rozvaze souhlasím se zvoleným postupem vyšetření a léčby. Výše uvedeným informacím a poučením jsem plně porozuměl.
- měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly plně zodpovězeny
- může mi být proveden další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav
- pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost lékaři.
- všechny údaje uvedené mnou v dotazníku se zakládají toho času na pravdě

V případě, že jsem zákoný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě poskytnuty také pacientovi.

V Třinci dne.....v hodin.....

.....
Podpis a identifikace lékaře

.....
Podpis pacient /zákonného zástupce

.....
Dotazník sepsal-identifikace a podpis

Jméno a příjmení svědka/ů

(v případě nemožnosti nebo odmítnutí podpisu

pacienta):.....

Jakým způsobem projevil svůj souhlas,

důvod, proč se nemůže

podepsat:.....