

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (KY)/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S MAGNETICKOU REZONANCÍ - MR

Jméno a příjmení pacienta(ky), datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



### ➤ Vážená paní, Vážený pane,

na základě klinického nálezu Vám/Vašemu dítěti doporučil ošetřující lékař **vyšetření magnetickou rezonancí** (dále jen **MR**). **Jedná se o plánované vyšetření, které není v režimu nutné neodkladné péče.** Před samotným vyšetřením Vás ošetřující lékař seznámí s provedením této zobrazovací metody, s jejími běžnými riziky, následky a s eventuálními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s vyšetřením bylo založeno na dostatečném množství informací. V některých případech může být alternativní vyšetřovací metodou např. CT, ale v mnoha případech je MR vyšetření nezastupitelné.

### ➤ Proč tento výkon a jeho přínos

Jedná se o jednu z nejmodernějších vyšetřovacích metod, která je v současné době schopna vyšetřit větší část orgánů lidského těla. Vyšetření nevyužívá rentgenového záření, ale silného magnetického pole. V některých případech je prováděno s aplikací kontrastní látky.

**Přínos:** Zobrazení možných chorobných změn ve vyšetřovaném organismu a umožnění výběru nejučinnější léčby.

### ➤ Jak je výkon proveden

Vyšetření se provádí v silném magnetickém poli. Je nebolestivé a nevyžaduje u dospělých a větších dětí žádnou zvláštní přípravu, doporučuje se 2-3 hodiny před vyšetřením nejíst. Ve vybraných případech je nutná zvláštní příprava, na kterou je pacient/indikující lékař upozorněn pracovníky MR již při objednávání k vyšetření.

U malých dětí se vyšetření provádí v celkovém znecitlivění (narkóze) z důvodu možného neklidu dítěte. Příprava k vyšetření se pak řídí pokyny anesteziologa, specialisty na podání narkózy.

#### **Postup při výkonu**

- Po vstupu do přípravné kabinky budete vyzván/a k odložení svrchního oděvu, abychom vyloučili přítomnost jakéhokoli kovového předmětu v magnetickém poli. Budete vyzván/a k odložení zubní protézy, naslouchadla, kontaktních čoček, protetických pomůcek, podprsenky, opasku, paruky, vlasenek, pinet, špendlíků, svorek apod., všech kovových mincí, klíčů, hodinek, kreditních karet, brýlí, mobilních telefonů, prstenů a šperků. **Nemocnice za cennosti, které si s sebou na vyšetření přinesete, neručí.**
- Pokud budete nalíčený/á, budete vyzván/a k odstranění make-upu.
- Na požádání Vám poskytneme jednorázový empírový plášť. Poté budete uveden/a do vyšetřovny, kde již působí magnetické pole. Radiologický asistent Vás pohodlně uloží na vyšetřovací stůl.
- Po celou dobu vyšetření, které trvá zhruba 20-40 minut, musíte klidně ležet a pravidelně dýchat. Každý pohyb znehodnotí vyšetření. Vyšetření bude provázeno velkým hlukem, který způsobují přístrojové součásti. Tento hluk je normálním úkazem a neměl by Vás znepokojovat. Budete-li si přát chrániče sluchu, rádi Vám je poskytneme.
- Poté budete zavezen/a na lůžku do dlouhého tunelu, což může vyvolat i nepříjemné pocity.

Ujistíme Vás, že po celou dobu vyšetření je tunel zásobován čerstvým vzduchem z ventilátoru a personál Vás sleduje a jste s ním spojen/a prostřednictvím mikrofону.

### ➤ Možné komplikace

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. MR vyšetření Vás nijak neomezí ve Vašem běžném způsobu života.

Během vyšetření se může objevit tzv. panická reakce, tj. strach z uzavřeného prostoru, úzkost, tíseň, neklid. Máte možnost ohlásit vyšetřujícímu personálu tuto obtíž zmáčknutím speciálního tlačítka, které držíte při vyšetření v ruce. Personál bude problém ihned řešit a má možnost Vás během několika sekund vyvézt z tunelu.

V některých případech je nutná aplikace kontrastní látky. O její aplikaci rozhoduje vyšetřující lékař.

Výskyt alergických reakcí na kontrastní látky, používané při vyšetření magnetickou rezonancí, je velmi vzácný. Ve výjimečných případech však může dojít i k ohrožení života.

Kromě uvedených komplikací může během výkonu dojít k dalším vzácným komplikacím. Komplikace mohou vést k nutnosti operačního výkonu, hospitalizace a další léčby, ve velmi vzácných případech až k trvalému postižení nebo úmrtí pacienta. Provedením zdravotního výkonu nemusí být dosaženo očekávaného výsledku.

### ➤ Alternativa

Alternativou k tomuto vyšetření může být v některých případech ultrazvuk 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, výhodou CT je však rychlost vyšetření, zobrazení kostí a CT je rovněž používáno v případě implantovaných přístrojů, které vylučují vyšetření magnetickou rezonancí.

### ➤ Možná omezení

Při podání kontrastní látky je nutno vyčkat min. 30min na oddělení, při jakékoliv nevolnosti ihned informujte zdravotnický personál.

**Podpis a razítko lékaře indikujícího vyšetření:**

Datum a čas: \_\_\_\_\_

### ➤ Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k vyšetření.

---

---

---

### ➤ Souhlas s výkonem

**Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce** tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení vyšetření, takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto vyšetření. **Rozumím informacím, které mi lékař poskytl.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s provedením vyšetření, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

**Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce/pacienta:**

---

Datum a čas: \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že jsem pacientovi/ce (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient/ka (zákonný zástupce) vyslovil/a svůj informovaný souhlas s výkonem.

**Podpis a razítko lékaře MR:**

---

Datum a čas: \_\_\_\_\_