**Informovaný souhlas pacienta**

**s vyšetřením magnetickou rezonancí**

**Příjmení a jméno:**

**Rodné číslo: Výška: Váha:**

**Požadované vyšetření:**

Přicházíte na vyšetření magnetickou rezonancí. Jedná se o moderní vyšetřovací metodu s využitím silného magnetického pole a elektromagnetických impulsů.

## **Kdo vyšetření nemůže podstoupit?**

Vyšetření magnetickou rezonancí nemohou podstoupit pacienti **s implantovaným kardiostimulátorem**, starším **typem cévních svorek**, **cizím kovovým tělesem v oku** a **některými mechanickými nebo elektronickými implantáty**. V případě, že máte v těle jakýkoli implantát nebo zabodnutý kovový předmět, je vždy nutné to před vyšetřením sdělit pracovníkům provádějícím vyšetření.

Vyšetření neprovádíme v **prvním trimestru těhotenství**.

## **Hluk**

Během vyšetření vzniká velmi intenzivní hluk. Pacienti, kteří jdou na vyšetření, dostanou buď špunty do uší a/nebo sluchátka. Ve výjimečných případech se mohou během nebo po vyšetření vyskytnout u citlivějších jedinců bolesti hlavy, případně tinnitus (pískání v uších). Tyto potíže by měly během krátké doby odeznít.

## **Klaustrofobie**

Základní částí přístroje magnetické rezonance je cca 1,6 m dlouhý „tunel“. Vyšetřovaná oblast se během vyšetření umísťuje do jeho středu. Pacienti, kteří trpí klaustrofobií, mohou vyšetření absolvovat pouze v premedikaci (po užití uklidňujících léků).

## **Pohyb**

Během vyšetření je nutné, aby pacient vydržel v klidu. Jakékoli pohyby části těla (mj. zakašlání u vyšetření hlavy) mohou vyšetření znehodnotit. Snažte se proto během vyšetření ležet zcela klidně.

**Kontrastní látky**

V některých případech může ke zkvalitnění vyšetření pomoci kontrastní látka – roztok s obsahem gadolinia. Kontrastní látka většinou nepředstavuje zdravotní riziko. Pokud však trpíte alergiemi nebo u Vás byla zaznamenána alergická reakce na kovy, máte sníženou funkci ledvin, případně jste prodělal(a) jejich transplantaci, je nutné tuto informaci sdělit pracovníkům provádějícím vyšetření.

Ojediněle se po podání kontrastní látky může objevit alergická reakce. V takovém případě může dojít k výskytu vyrážky, potíží s dechem a ve zcela výjimečných případech může podání kontrastní látky vést i k šokovému stavu. Pokud by taková situace nastala, poskytneme Vám neodkladnou péči a budete předán(a) záchranné službě a převezen(a) do Pardubické krajské nemocnice k pozorování.

## **Ostatní opatření**

Přístroj magnetické rezonance vytváří silné magnetické pole, které přitahuje kovové předměty. U těchto předmětů dochází během vyšetření k zahřívání a takový kovový předmět může také znehodnotit vyšetření. Silné magnetické pole může poškodit nebo zničit elektronická zařízení, výjimku představují pouze elektronické implantáty, které odsouhlasili pracovníci magnetické rezonance.

**Upřesňující anamnestický dotazník před vyšetřením MR**

**Pacient je nositelem: Ano Ne**

kardiostimulátoru (elektrody):

chlopenní náhrady:

cévních svorek:

kovových/elektronických implantátů:

cizího kovového tělesa v oku:

zubní náhrady:

tetování, piercingu, akupunkturních jehel:

naslouchadla, kontaktních čoček:

nitroděložního tělíska:

**Anamnestické údaje: Ano Ne**

alergie (jaké):

těhotenství (měsíc):

klaustrofobie:

onemocnění ledvin, prostaty:

zelený zákal (glaukom):

neurochirurgické operace:

jiné operace:

## **Souhlas pacienta:**

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) srozumitelně seznámen(a) s veškerými skutečnostmi ohledně vyšetření magnetickou rezonancí včetně upozornění na možné komplikace a nezamlčel(a) jsem údaje o svém zdravotním stavu. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření.

[ ]  Souhlasím, aby v případě potřeby byla lékaři jiného zdravotnického zařízení, je-li mým ošetřujícím lékařem, poskytnuta obrazová data nebo nálezy mých vyšetření.

[ ]  Souhlasím, aby si lékař vyhodnocující mé vyšetření vyžádal obrazová data nebo nálezy mých vyšetření od jiných zdravotnických zařízení; konzultoval mé vyšetření s jiným lékařem i z jiného zdravotnického zařízení.

 Datum Podpis pacienta / Zástupce pacienta

**Vyplní pracovníci magnetické rezonance**

 Datum Souhlas zkontroloval(a)

**Pacient není způsobilý se vyjádřit (důvod): / Byly shledány následující kontraindikace:**

**Vyjádření lékaře:**

Vyšetření **uskutečnit** / **neuskutečnit**

 Datum Jméno a podpis lékaře