

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (INFORMOVANÝ SOUHLAS)

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno provedení *MR vyšetření*. Před vlastním zákrokem budete odborným zdravotnickým pracovníkem podrobně o tomto výkonu informován/a, budete seznámen/a s přípravou, postupem, průběhem, riziky a komplikacemi, které mohou nastat. Tento záznam Vám poskytuje nezbytné informace a je návodem k případným dotazům na zdravotnického pracovníka.

A) MR VYŠETŘENÍ (MAGNETICKÁ REZONANCE)

Údaje o účelu, povaze (průběhu), předpokládaném prospěchu zdravotního výkonu:

MR vyšetření využívá k zobrazení změny magnetických polí v tkáních lidského organismu. Pomocí této metody zobrazujeme tkáně lidského těla především při neurologických onemocněních, onemocněních pohybové soustavy, orgánů hrudníku, břicha a pánve.

1. Příprava před diagnostickým výkonem:
 1. 2 hodiny před vyšetřením nejíst ani nepít.
 2. Pokud máte implantovaný MR kompatibilní kardiostimulátor či defibrilátor, je nutné před vyšetřením jeho přeprogramování do MR kompatibilního režimu kardiologem.
 3. Před vyšetřením je nezbytné předat personálu na MR vyšetřovně potvrzení ošetřujícího lékaře, že kardiostimulátor či defibrilátor (včetně elektrod) je plně kompatibilní – lze provést vyšetření celého těla bez omezení, nebo podmíněně kompatibilní – byl přeprogramován do MR kompatibilního modu, a není starší než tři dny.
 4. Před umístěním do vyšetřovacího prostoru je nutné se z hygienických a bezpečnostních důvodů převléct do připraveného pláště.
2. Vlastní výkon
 1. Vyšetření je nebolestivé, trvá 20 – 60 minut. V průběhu vyšetření budete umístěni ve válcovitém prostoru. Po celou dobu vyšetření je nezbytné, abyste leželi v klidu. Ve vyšetřovacím prostoru je světlo a je zde zajištěná klimatizace. Při funkci přístroje budete vnímat pouze různé druhy vzdáleného hluku.
 2. V průběhu vyšetření je v odůvodněných situacích možná aplikace kontrastní látky do žíly.

3. Kontraindikace

1. Nelze vyšetřit pacienty, kteří mají zavedený MR nekompatibilní kardiostimulátor, MR nekompatibilní srdeční defibrilátor, kochleární protézu, nebo zavedeny jiné elektronicky řízené přístroje.
2. Nelze vyšetřovat pacienty s kovovými cizími tělesy v oku.
3. Omezení jsou i u pacientů s implantovanými kovovými svorkami, kovovými dlahami, chlopenními náhradami.
4. Komplikace mohou nastat i při úzkosti z těsných, uzavřených prostor.
5. Během těhotenství se provádí vyšetření pouze v nezbytných případech.

Uvedení reálných alternativ výkonu a zda je možnost zvolit si jednu z alternativ:

Alternativa výkonu - vyšetření výpočetní tomografií eventuálně ultrazvukem, tam kde je to vhodné a možné.

Údaje o následcích a možných rizicích zdravotního výkonu:

Možná rizika zvoleného výkonu - komplikace výkonu jsou minimální, pokud jsou dodrženy výše uvedené kontraindikace.

Možné komplikace jsou:

1. reakce na pobyt v uzavřeném prostoru,
2. alergická reakce na kontrastní látku – tyto reakce jsou vzácné, nejčastěji lehké (např. nevolnost, kopřivka, dušnost, otoky), zcela výjimečně může dojít k těžké reakci až k ohrožení života.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám prosím, následující otázky (zakroužkujte)

1. Máte zavedený kardiostimulátor („budík na srdce“)? **ANO - NE**
2. Máte zavedený defibrilátor srdce? **ANO - NE**
3. Máte zavedený kochleární (ušní) implantát? **ANO - NE**
4. Máte zavedený neurostimulátor mozku? **ANO - NE**
5. Máte připojenou inzulínovou pumpu, stříkačky, elektrody? **ANO - NE**
6. Máte svorku na mozkové tepně? **ANO - NE**
7. Máte umělou srdeční chlopuň? **ANO - NE**
8. Máte cizí kovové těleso v oku? **ANO - NE**
9. Máte v těle nějaký jiný kovový materiál? **ANO - NE**
10. Máte rovnátka, zubní protézu nebo kovový můstek? **ANO - NE**
11. Máte tetování nebo piercing? **ANO - NE**
12. Máte závažné onemocnění srdce, cév, ledvin, cukrovku? **ANO - NE**



- | | |
|---------------------------------------|-----------------|
| 13. Léčíte se na astma bronchiale? | ANO - NE |
| 14. Máte strach z uzavřených prostor? | ANO - NE |
| 15. Jste těhotná? | ANO - NE |
| 16. Kojíte? | ANO - NE |

V případě jakýkoliv potíží (bolesti hlav, břicha, nevolnost, dechové obtíže atd.) okamžitě upozorněte personál magnetické rezonance !!!!!!!!

Údaje o léčebném režimu (vč.opatření po výkonu), vhodných preventivních opatřeních, o poskytnutí dalších zdravotních služeb:

1. Po výkonu
 1. po podání kontrastní látky vyčkat 15 minut v čekárně
 2. Přeprogramování kardiostimulátoru či defibrilátoru do standartního režimu kardiologem.
 3. Po vyšetření dochází k jeho zpracování, výsledky budou zaslány lékaři, který Vás na vyšetření objednal.



B) INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, níže podepsaný:

, pacient Nemocnice Šumperk

(jméno, příjmení, rodné číslo pacienta)

▶ zákonný zástupce pacienta/osoba s právem vyjádřit zástupný souhlas *(jméno, příjmení, datum narození, bydliště):*

p r o h l a š u j i, že mne odborný zdravotnický pracovník podrobně informoval a poučil o výše uvedeném zdravotním výkonu.

▶ Byl/a jsem také informován/a o možných rizicích a komplikacích. Všechny informace mi byly sděleny srozumitelně, bylo mi umožněno vše si rozvážit, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

▶ Byl/a jsem poučen/a o mém právu svobodně se rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotních služeb. Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony, nutné k záchraně života nebo zdraví. Poučení považuji za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s navrhovanými zdravotními službami a výkonem.

V Šumperku dne: v hodin

*Podpis pacienta/..... Podpis odborného zdravotnického pracovníka.....
zákonného zástupce/osoby s právem vyslovit zástupný souhlas*

Pacient není schopen stvrdit tento souhlas podpisem vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:
(stručný důvod, např. nevidomý pacient, úraz...)

Pacient projevil svůj souhlas následujícím způsobem:

Svědek (jmenovka a podpis dalšího zdravotnického pracovníka):