

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

**Oddělení zobrazovacích metod, tel. 57 755 2891**

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,  
na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup/výkon. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

### Informace o pacientovi:

Pacient: \_\_\_\_\_  
*Jméno, příjmení, datum narození*

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): \_\_\_\_\_  
*Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení*

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

## VOŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ S PŘÍPADNÝM PODÁNÍM KONTRASTNÍ LÁTKY NITROŽILNĚ

### 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 tohoto zdravotního výkonu je:

Objevení a zhodnocení případné choroby ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení již známých změn.

### Možná alternativa místo navrhovaného 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).

### Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Před vstupem na vyšetřovnu je nutno odložit všechny kovové předměty - klíče, mince, propisky, brýle, veškeré ozdoby jako řetízky, náušnice, piercing, přístroje jako hodinky, mobilní telefony atd. Po vstupu na vyšetřovnu si lehnete na vyšetřovací stůl přístroje. Stůl s vámi zajede vyšetřovanou oblastí do tunelu. Po dobu vyšetření je nezbytně nutné se nehýbat. Vyšetření je nebolestivé, ale nepříjemný může být hluk vycházející z přístroje. Jeho síla Vás může vylekat. Pro případ, že budete mít při vyšetření nějaké potíže, budete mít v ruce signální balonek, jehož zmáčknutím přivoláte obsluhu přístroje. Vyšetření se obvykle skládá z více částí (při nichž se hluk z přístroje liší), celkem trvá 15-45 minut. V případě některých speciálních vyšetření může trvat i déle.

Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem doporučený výkon je neškodný ke tkáním lidského těla, ale má svá rizika v případech přítomnosti některých předmětů v lidském těle. Proto zde odpovídám pravdivě a s vědomím ohrožení mého zdraví i života v případě nesprávné odpovědi (prosím zakroužkujte správnou odpověď):

Mám kardiostimulátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce.	ANO	NE
Měl jsem dříve kardiostimulátor nebo jiný přístroj a zbyly mi elektrody.	ANO	NE
Mám aneurymatickou cévní svorku v mozku (klip).	ANO	NE
Mám kochleární implantát (pro podporu slyšení).	ANO	NE
Mám kovovou náhradu srdeční chlopně.	ANO	NE
Mám v těle nějaký jiný přístroj (inzulinovou pumpu, monitor životných funkcí, monitor intrakraniálního tlaku v lebce nebo jiné).	ANO	NE
Mám v těle cévní svorky po operaci	ANO	NE
Mám v těle kovovou kloubní náhradu nebo kov po operaci zlomeniny kosti.	ANO	NE
Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa po úrazu (střepiny, špony, náboje atd.).	ANO	NE
Pracoval jsem někdy s kovy (kovoobrábění, nastřelování atd.).	ANO	NE
Mám v zubech staré amalgámové plomby.	ANO	NE
Mám v ústech kovové součásti zubní náhrady nebo kovová rovnátka.	ANO	NE
Mám v těle stenty (cévní výztuže) nebo jiné předměty v cévách (žilní filtry, embolizační materiál), port horní duté žíly.	ANO	NE
Jsem po operaci žlučníku nebo žlučových cest a mám v břiše svorky.	ANO	NE
Jsem po operaci páteře (jakékoliv).	ANO	NE
Mám piercing nebo tetování nebo permanentní make-up.	ANO	NE

\_\_\_\_\_  
 Jméno, příjmení a podpis Ra asistenta, který provedl kontrolu odpovědí na otázky ve shora uvedené tabulce

Dále prosím odpovězte na tyto otázky:

Trpím klaustrofobií (strachem z uzavřeného prostoru). V případě, že ano, potřebuji celkové uspání? (nutno oznámit na MR předem)	ANO	NE
Trpím závažným onemocněním ledvin.	ANO	NE
U žen: Jsem těhotná. V případě, že ano, udejte prosím týden:	ANO	NE
U žen: Kojím	ANO	NE

V některých případech může být při vyšetření použita kontrastní látka, která se aplikuje nitrožilně, v některých výjimečných případech nitrokloubně. Alergické reakce na MR kontrastní látky (cheláty gadolinia) jsou extrémně vzácné. Protialergická příprava se před vyšetřením nevyžaduje. Přesto je vhodné vědět, zdali pacient měl v minulosti nějakou alergickou reakci a personál je obeznámen s metodikou zvládnání alergických reakcí.

Máte alergii na jakýkoliv lék či kontrastní látku?	ANO	NE
Trpíte astmatem nebo sennou rýmou?	ANO	NE

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.

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.

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

#### PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevyklučují a podání informace se nevzdávám.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a, nemám doplňující dotazy a

#### SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony. Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor ..... (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu ..... (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

**Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)**

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poskytnul informace o provedeném výkonu

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

**Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.**