



Dotazník bezpečnosti a informovaný súhlas pacienta pred vyšetrením magnetickou rezonanciou (MR)

Meno a priezvisko pacienta.....Rodné číslo.....

Bydlisko (PSC):.....

Kontakt (tel., email):.....

Hmotnosť:..... Výška:.....

Dátum.....

Vyšetrenie magnetickou rezonanciou (MR) je štandardný diagnostický postup. Počas vyšetrenia je organizmus pacienta vystavený účinkom silného magnetického poľa a rádiových pulzov, čo môže byť príčinou niektorých nepríjemných pocitov, nežiadúcich účinkov a komplikácií. Preto prosím, vyznačte nám tieto dôležité informácie ešte pred tým, než Vás začneme vyšetřovať.

Pacemaker / kardiostimulátor alebo elektródy	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Očná protéza / umelá šošovka	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Inzulínová pumpa	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Endoprotéza – umelý kĺb	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Elektronický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ortopedický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Vnútrošný implantát alebo (načúvací strojček)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Podkožný implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Neurostimulátor	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Kovové črepiny	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Klipy, chirurgické svorky	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Kovové zubné náhrady	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Stenty	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Snímateľná zubná náhrada	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Iné kovové predmety alebo implantáty (piercing)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Permanentný make-up, tetovanie	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ak áno aké a kde?			Umelá srdcová chlopňa	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
			Vnútrocievny filter	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

Boli ste už na vyšetrení MR?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Boli ste už niekedy operovaný(á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Bola Vám už pri MR vyšetrení podaná kontrastná látka?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno. Na čo?		
Mali ste pri tom nejaké problémy?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE			
Máte momentálne zvýšenú telesnú teplotu / horúčku?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE			
Ste na niečo alergický(á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Liečite sa na ochorenie obličiek?		
Pre ženy a slečny: je možné, že by ste mohli byť tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE			

Kontraindikácie

Kontraindikáciou vyšetrenia magnetickou rezonanciou je implantovaný kardiostimulátor alebo kovový materiál v tele, z iného ako preukázateľne nemagnetického kovu. Preto je potrebné doniesť potvrdenie o MR kompatibilite daného materiálu. Tiež je potrebné doniesť potvrdenie o nastavení kardiostimulátora na MR kompatibilný mód od Vášho kardiológa, nie staršie ako 24 hod.

Vzhľadom na to, že ešte nebolo jednoznačne potvrdené, že MR nemá škodlivý účinok na vyvíjajúci sa ľudský plod, MR vyšetrenie sa neodporúča pacientkam v prvom trimestri tehotenstva.

Riziká a možné komplikácie pri a po výkone

Počas MR vyšetrenia pacient môže pozorovať niektoré neobvyklé pocity ako: zvýšenie teploty v niektorej časti tela, únava, bolesť hlavy, dočasné zníženie tlaku, podráždenosť, mimovoľné svalové kontrakcie, svetelné záblesky v očiach, neobvyklé pocity na koži, stavy strachu a úzkosti

Počas MR vyšetrenia je niekedy potrebné podať kontrastnú látku. Pri podávaní môžete cítiť tlak a teplo, čo je normálny sprievodný jav. MR kontrastná látka je dostatočne bezpečná, ale ako pri akýchkoľvek liekoch i tu je riziko alergickej reakcie. Alergické reakcie sú väčšinou nezávažné (nevoľnosť, nepríjemné pocity v mieste vpichu, žihľavka, miestny opuch, bolesť hlavy...), zriedkavo závažné (napr. kardiopulmonálne zlyhanie, šok). Najčastejší výskyt nežiaducich účinkov je počas prvých 30 minút od podania kontrastnej látky, kedy ste pod kontrolou pracovníkov MR event. personálu na odosielajúcom oddelení. V prípade, že by sa nežiaduca reakcia prejavila až po opustení priestorov MR pracoviska, je nutné kontaktovať ošetrojúceho lekára alebo lekársku pohotovostnú službu.

Pokyny pred a počas vyšetrenia

Pred vstupom do MR vyšetrovne musíte zo seba odstrániť všetky kovové a elektronické predmety (mince, kľúče, mobilný telefón, sponky do vlasov, zubné náhrady, šperky, prstene, retiazky, platobné karty, čipové karty, dátové nosiče, opasok, pero, načúvací strojek, obuv, oblečenie s kovovými časťami, podprsenku s koticami, magnety a pod.). Najvhodnejším spodným oblečením je bavlnené tričko, nohavičky, trenky, slipy a ponožky. Potrebné je odstrániť z kože make-up, očné tieň, rúž. V šatni si oblečiete pripravený plášť, ktorý po vyšetrení vrátite. Je dôležité, aby ste sa počas vyšetrenia nedotýkali navzájom rôznymi časťami tela (napr. ruka/stehno, ruky alebo nohy navzájom, ...).

Vo vyšetrovacej miestnosti je počas vyšetrenia hluk dosahujúci úrovne 99dB, čo môže viesť k poškodeniu sluchu pacienta. Z tohto dôvodu dostanete slúchadlá, ktoré ochránia sluch a zároveň umožnia komunikáciu s rádiologickým technikom.

Výsledok z vyšetrenia je určený indikujúcemu lekárovi. S obsluhujúcim personálom si prosím dohodnite spôsob prevzatia výsledku:

- prevezmem osobne zaslať na adresu bydliska zaslať poštou indikujúcemu lekárovi
- iný spôsob _____

Dolupodpísaný(á)..... r.č.

Svojim podpisom potvrdzujem, že ma MUDr.

za prítomnosti

v plnom rozsahu zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku poučil o účele a povahe vyšetrenia, resp. poskytnutej zdravotnej starostlivosti, o priebehu a možných následkoch poskytnutia zdravotnej starostlivosti a jej rizikách, o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov, že zodpovedal všetky moje otázky a že som týmto odpoveďami porozumel(a). Bol mi poskytnutý dostatočný časový úsek slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas.

Svojim podpisom potvrdzujem, že lekárovi, ktorý ma vyšetřil, som nezatajil(a) žiadne vážne anamnestické údaje, resp. ochorenia, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), resp. ktoré mi boli v minulosti zistené.

Rozhodol(a) som sa slobodne, bez nátlaku s možnosťou a dostatočným časom sa rozhodnúť, pri plnom vedomí. Zároveň prehlasujem, že nie som pozbavený(á) spôsobilosti na právne úkony a že moja spôsobilosť na právne úkony nie je obmedzená a to ani len čiastočne.

súhlasím

nesúhlasím

s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v rozsahu, ako navrhuje lekár (hodiace sa zakrúžkovať).

Súhlasím a beriem na vedomie, že všetky právne vzťahy vyplývajúce s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení Fakultná Nemocnica Trenčín, sa riadia výhradne právnym režimom Slovenskej republiky.

V Trenčíne dňa.....o.....hodine

.....
podpis pacienta
zákonného zástupcu

.....
príbuzenský vzťah k pacientovi

.....
pečiatka a podpis lekára
(podpis svedka)

Odmietam poučenie napriek tomu, že ma lekár informoval o rizikách takéhoto rozhodnutia. Napriek odmietnutiu poučenia udeľujem informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v rozsahu ako je uvedené vyššie.

V Trenčíneo.....hodine

.....
meno zákonného zástupcu

...../
r.č

.....
príbuzenský vzťah k pacientovi

.....
podpis pacienta / zákonného zástupcu

.....
pečiatka a podpis lekára
(podpis svedka)