

 PROTON THERAPY CENTER	Proton Therapy Center Czech Budínova 1a, 180 00 Praha 8 http://www.ptc.cz INFORMOVANÝ SOUHLAS S DIAGNOSTICKÝM VÝKONEM	PTC_IS_RDG Strana 1 z 4 Verze číslo: 1
--	---	---

Pracoviště (klinika, oddělení):

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, rodné číslo

Zákonný zástupce: _____

Jméno, příjmení, rodné číslo

Dnešního dne (pacient / zákonný zástupce) jsme byli lékařem poučeni o navrhovaných zdravotních službách spočívajících ve zdravotním výkonu / zdravotních výkonech, který/é mi má/mají být proveden/y. Jedná se o:

Vyšetření pomocí magnetické rezonance (vyplní radiologický asistent)

- ☐ bez podání kontrastní látky
- ☐ s podáním kontrastní látky ústy
- ☐ s podáním kontrastní látky do žíly
- ☐ hmotnost pacienta

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Vyšetření MR umožní podrobně zobrazit jednotlivé anatomické oblasti lidského těla a výrazně přispívá k přesnému stanovení diagnózy. Objasnění zdravotního problému ve vyšetřované oblasti, což může mít zásadní vliv na další průběh léčby.

Před vyšetřením:

U většiny MR vyšetření není nutná příprava. Jen dvě hodiny před vyšetřením nejíst a nepít. Je-li však plánovaný výkon cílen na trávicí trubici (MR enterografie), je nutné vyprázdnění střev dle pokynů indikujícího lékaře.

Během vyšetření může dojít k nitrožilní aplikaci kontrastní látky, o jejím podání vždy rozhoduje lékař. Po nitrožilní aplikaci kontrastní látky se u Vás mohou dostavit pocity tepla, nevolnost či bušení srdce. Jedná se o průvodní jevy kontrastní látky. Alergická reakce na tuto kontrastní látku je velmi vzácná. Vyšetření probíhá v mimořádně silném magnetickém poli, proto v kabině odložte hodinky, klíče, drobné kovové mince, šperky, vlásenky, naslouchadla, brýle, zubní protézy, kreditní karty (magnetické karty všeho druhu), mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky (ortézy) apod.

Máte-li kardiostimulátor, implantovaný defibrilátor či kochleární implantát nesmíte být vyšetřeni magnetickou rezonancí!!! Upozorněte personál!!!

Pokud jste nositeli jakéhokoliv elektronického nebo kovového implantátu, případně cizího tělesa, neznamená to automaticky, že nemůžete být vyšetřeni na MR. Takovou skutečnost, však musíte VŽDY a PŘED vyšetřením ohlásit obsluze MR zařízení, která kvalifikovaně rozhodne, zda můžete nebo nemůžete vyšetření podstoupit.

Samotné vyšetření - probíhá vleže, pacient je uložen do mimořádně silného magnetického pole. Vyšetřovací stůl se zasune do „gantry“, což je prostor mezi magnety a senzory uvnitř přístroje (tzv. „tunel“), kde ležíte po dobu 15-45 min. (dle požadovaného vyšetření). Je nutné ležet



PROTON
THERAPY
CENTER

Proton Therapy Center Czech

Budínova 1a, 180 00 Praha 8

<http://www.ptc.cz>

INFORMOVANÝ SOUHLAS S DIAGNOSTICKÝM VÝKONEM

PTC_IS_RDG

Strana 2 z 4

Verze číslo: 1

zcela klidně, bez pohybu. Každý pohyb znehodnotí výsledek vyšetření. Během některých vyšetření se dále vyžaduje jistá míra spolupráce dle pokynů personálu (např. zadržení dechu).

Po vyšetření:

Nejste nijak omezeni, můžete ihned odejít, řídit motorové vozidlo, pokud Vám nebyly aplikovány léky na zklidnění.

Důležité informace od pacienta:

Alergie:

- ☐ kontrastní látky
- ☐ léky, jaké
- ☐ pyly
- ☐ bodnutí hmyzem
- ☐ jiné, uveďte jaké

Kovy v těle:

- ☐ kardiostimulátor
- ☐ kovové srdeční chlopně
- ☐ ušní (kochleární) implantát
- ☐ kloubní náhrada, kovy po zlomenině
- ☐ kovové svorky po operaci mozku, cév, jiných
- ☐ kovové střepiny v oku neb jinde v těle
- ☐ piercing
- ☐ kavální filtr
- ☐ stenty, výztuže cév
- ☐ jiná elektronická zařízení v těle
- ☐ ženy prsní implantát
- ☐ muži penilní implantát

Onemocnění:

- ☐ ledvin
- ☐ štítné žlázy
- ☐ transplantace jater
- ☐ zubní můstek, rovnátka, protéza
- ☐ klaustrofobie
- ☐ bronchiální astma, zelený zákal
- ☐ jiná závažná onemocnění, jaká
- ☐ ženy – těhotenství ☐ ANO ☐ NE ☐ NEVÍM

V případě zaškrtnutí některého z bodů **upozorněte personál!!!**

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Počítačová tomografie (CT) anebo ultrasonografie.

Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

Nemá žádnou radiační zátěž, získání mnohem komplexnějších informací o vyšetřované oblasti.



PROTON
THERAPY
CENTER

Proton Therapy Center Czech

Budínova 1a, 180 00 Praha 8

<http://www.ptc.cz>

INFORMOVANÝ SOUHLAS S DIAGNOSTICKÝM VÝKONEM

PTC_IS_RDG

Strana 3 z 4

Verze číslo: 1

ale současně tyto nevýhody:

Vyšetření je časová náročnost vyšetření, vyšší hlučnost vyšetření, nutnost ležet absolutně bez pohybu. Pro pacienty se strachem z uzavřeného prostoru bývá obtížné vydržet v prostoru „gantry“.

Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:

Závažnou komplikací nitrožilního podání kontrastní látky může být alergická reakce, která může nastat i u pacientů, kteří již byli v minulosti s kontrastní látkou vyšetřeni. Riziko alergické reakce na kontrastní látku na MR je extrémně vzácné. Po vyšetření jde pacient domů nebo na lůžkové oddělení.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

Žádná omezení.

Byl jsem poučen, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

Byl jsem poučen o svém právu vzdát se podání informace o zdravotním stavu.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Vyšetření pomocí magnetické rezonance (vyplní radiologický asistent)

- ☐ bez podání kontrastní látky
- ☐ s podáním kontrastní látky ústy
- ☐ s podáním kontrastní látky do žíly

Beru na vědomí skutečnost, že výsledek vyšetření obdrží odesílající lékař do 3 dnů od provedení vyšetření.

Jako zákonní zástupci (* zaškrtněte jednu možnost):

- ☐ nezletilého pacienta,
- ☐ pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo
- ☐ pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

svým podpisem stvrzujeme, že jsme obdrželi příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

V Praze dne

Vlastnoruční podpis pacienta/zákonných zástupců*:
(* zaškrtněte jednu možnost)

 PROTON THERAPY CENTER	Proton Therapy Center Czech Budínova 1a, 180 00 Praha 8 http://www.ptc.cz INFORMOVANÝ SOUHLAS S DIAGNOSTICKÝM VÝKONEM	PTC_IS_RDG Strana 4 z 4 Verze číslo: 1
---	---	--

Jmenovka a podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat (*Vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient se vlastnoručně podepsat, at' již z jakýchkoliv důvodů*)

.....
 Jméno a příjmení 1. svědka, podpis

.....
 Jméno a příjmení 2. svědka, podpis