



PROTON
THERAPY
CENTER

Proton Therapy Center Czech

Budínova 2437/1a, 180 00 Praha 8

<http://www.ptc.cz>

**INFORMOVANÝ SOUHLAS
S DIAGNOSTICKÝM VÝKONEM**

PTC 3210-2/72 CS

Strana 1 z 4

Verze číslo: 6

Pracoviště (klinika, oddělení): _____

Pacient: _____

Jméno, příjmení, rodné číslo

Zákonný zástupce: _____

Jméno, příjmení, rodné číslo

Hmotnost:

kg

Dnešního dne (pacient / zákonný zástupce) jsem/jsem byl/byli 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

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 čtyři hodiny před vyšetřením nejíst, pít můžete malé množství neperlivé vody.

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 protézky, 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 25-90 min. (dle požadovaného vyšetření). Je nutné ležet zcela klidně, bez pohybu. Každý pohyb znehodnotí výsledek vyšetření. Během některých vyšetření se dále vyžaduje jistá míra spolupráce dle pokynů personálu (např. zadrženi dechu).



Po vyšetření:

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

Důležité informace od pacienta, prosíme vyplňte:

Vyskytla se u Vás alergie na:

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> kontrastní látku při MR | ano - ne - nevím |
| <input type="checkbox"/> na léky a jaké:..... | |
| <input type="checkbox"/> pyly | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> bodnutí hmyzem | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> jiné typy alergií, uveďte jaké | |

Kovy v těle (pokud ano, doplňte jak dlouho):

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> kardiostimulátor | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> kovové srdeční chlopně | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> ušní (kochleární) implantát | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> kloubní náhrada, kovy po zlomenině | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> kovové svorky po operaci mozku, cév, jiných | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> kovové střepiny v oku nebo jinde v těle | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> piercing, tetování | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> kavální filtr | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> stenty, výztuže cév | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> jiná elektronická zařízení v těle | |
| <input type="checkbox"/> ženy - prsní implantát | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> muži - penilní implantát | ano - ne |

Onemocnění:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ledvin | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> štítné žlázy | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> transplantace jater | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> bronchiální astma | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> zelený zákal | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> jiná závažná onemocnění, jaká | |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> zubní můstek, rovnátka, protéza | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> klaustrofobie | ano - ne |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> ženy - těhotenství | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> 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.



Beru na vědomí, že tento doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

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

ale současně tyto nevýhody:

Časová náročnost vyšetření, vyšší hluchost, 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 (u hospitalizovaných pacientů) 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 přerušeni 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

Informovaný souhlas s diagnostickým výkonem
Vyšetření pomocí magnetické rezonance

PTC 3210-2/72 CS

Strana 4 z 4
Verze číslo: 6

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

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

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

Jmenovka a podpis pracovníka provádějícího vysvětlující pohovor (rad. asistent):

Jmenovka a podpis pracovníka provádějícího kontrolu kontraindikací (lékař):