

**Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace**  
**Radiodiagnostické oddělení, pracoviště magnetické rezonance**

U Nemocnice 3066/1, 690 02 Břeclav  
IČ: 00 390 780; Tel: + 420 519 315 149

## Informovaný souhlas s vyšetřením na MR ( magnetické rezonanci)

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ.: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: \*\* .....

Oddělení: .....

Seznámení provádějící odborný zdravotnický pracovník: .....

**Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil Přílohu k informovanému souhlasu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu (na druhé straně) a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem sděleno a vysvětleno:**

- **účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika MR vyšetření** – účelem a prospěchem vyšetření je určení či zpřesnění diagnózy předpokládaného, či již stanoveného onemocnění. Vyšetření probíhá v silném magnetickém poli a během vyšetření může dojít ke stimulaci periferních nervů, ke klaustrofobickým pocitům nebo k pocitu zahřátí vyšetřované oblasti či celého těla. Dále vám během vyšetření můžeme intravenózně (do žíly) aplikovat paramagnetickou kontrastní látku (neobsahuje jód), která může způsobit krátkodobý nepříjemný pocit, nauzeu, případně výjimečně alergickou reakci. U pacientů, kteří mají výrazně zhoršenou funkci ledvin nebo jsou dialyzováni, po podání gadoliniové kontrastní látky existuje malé riziko tzv. nefrogenní systémové fibrózy, což je vzácné, ale závažné onemocnění a může se rozvinout v průběhu týdnů až měsíců.
- **zda navrhované MR vyšetření má nějakou alternativu a zda existuje možnost zvolit si jednu z alternativ** – alternativou je ultrazvukové, RTG nebo CT vyšetření.
- **možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po MR vyšetření** – žádná změna zdravotní způsobilosti nebyla prokázána, po vyšetření nejsou žádná omezení.
- **údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů** – při potížích během vyšetření je nutné komunikovat s personálem, případně vyšetření pomocí signalizačního balónku přerušit.

Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb. Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly odborným zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedené zdravotní služby – vyšetření magnetickou rezonancí.**

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo opatrovník pacienta s omezenou svéprávností, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

V Břeclavi dne: ..... v hod.: ..... Podpis: .....  
**pacient** (zákonný zástupce/opatrovník)

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval/a o jeho zdravotním stavu a důvodech léčby/ provedení výkonu a všech souvisejících skutečnostech.

V Břeclavi dne: ..... v hod.: .....  
.....  
Jméno, příjmení, titul a podpis poučení provádějícího  
odborného zdravotnického pracovníka

**Pacient se odmítl / nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav\* z důvodu:**.....

podepsat, svou vůli však projevil takto: .....

Jméno a příjmení svědka (zdravotnický pracovník): .....Podpis:.....

\* nehodící se škrtněte

\*\* u osob nezletilých, pacientů s omezenou svéprávností

**Příloha k informovanému souhlasu k vyšetření MR (magnetickou rezonancí)**  
**Správnou (hodící se) odpověď prosím zakroužkujte, nebo napište správný údaj:**

ANO     NE

Máte zavedený kardiostimulátor („budík na srdce“)?	ANO	NE
Máte zavedený defibrilátor na srdce?	ANO	NE
Měl/a jste již někdy dříve zavedený kardiostimulátor, defibrilátor anebo máte v těle ponechané elektrody?	ANO	NE
Máte zavedený kochleární (ušní) implantát?	ANO	NE
Máte zavedený neurostimulátor mozku?	ANO	NE
Máte cizí kovové těleso (střepinu) po poranění či práci s kovy v očnici?	ANO	NE
Máte svorku na mozkové tepně?	ANO	NE
Máte připojenou inzulinovou pumpu, stříkačky, elektrody?	ANO	NE
Máte kovový materiál v těle - umělý kloub, šroub, dlahu, stent v cévě? - pokud ano, jaký materiál a kde v těle a v kterém roce a měsíci proběhla operace?.....	ANO	NE
Máte cizí kovové těleso (střepinu) po poranění či práci s kovy jinde v těle?	ANO	NE
Máte umělou srdeční chlopeň? - pokud ano, jakou a v kterém roce a měsíci proběhla operace?.....	ANO	NE
Máte rovnátka, zubní protézu či kovový můstek?	ANO	NE
Máte piercing (nutno sundat), tetování nebo permanentní make-up? Jak dlouho?.....	ANO	NE
Máte porušené ledvinné funkce, chodíte na dialýzu?	ANO	NE
Máte klaustrofobii (strach z uzavřených prostor)?	ANO	NE
Máte alergii na desinfekci, léky nebo gadoliniovou či jinou kontrastní látku? -pokud ano, na co?.....	ANO	NE
Máte v anamnéze nestabilní astma?	ANO	NE
Máte v anamnéze zvýšený nitrooční tlak, zelený zákal (glaukom)?	ANO	NE
Jaká je vaše aktuální hmotnost (údaj je nutný pro technické zadání do MR přístroje a pro výpočet případného množství kontrastní látky)?	.....	kg
<b>Otázky pro ženy</b>		
<b>Jste těhotná?</b> - pokud ano, který týden gravidity?.....týden	ANO	NE
<b>Kojíte?</b>	ANO	NE

**Pokud by odpověď na některou otázku zněla ANO volejte ještě před vyšetřením na tel. č. 519315149**

**Medikace (vyplňuje MR):**

.....  
*Název, dávka, forma, způsob podání*

.....  
Kontrastní látka: .....  
*Název, dávka, forma, způsob podání*

.....  
*Datum, čas, jmenovka a podpis lékaře*

**Prohlášení lékaře či zdravotnického pracovníka, podávajícího medikaci:**

*Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popřípadě jeho zákonného zástupce) srozumitelným způsobem poučil/a o aplikaci kontrastní látky a o možných kontraindikacích (alergie, DM, příprava k vyšetření).*

V Břeclavi dne: ..... v hod.: .....

*Jméno, příjmení, titul a podpis*

**Prohlášení vyšetřující osoby provádějící výkon:**

*Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popřípadě jeho zákonného zástupce) srozumitelným způsobem poučil/a o plánovaném vyšetření, a to včetně upozornění na možné komplikace. Případné otázky byly zodpovězeny.*

V Břeclavi dne: ..... v hod.: .....

*Jméno, příjmení, titul a podpis pracovníka provádějícího výkon*

---

**Léčiva po výkonu v případě alergické reakce:**

.....  
*Název, dávka, forma, způsob podání*

.....  
*Datum, čas, jmenovka a podpis lékaře*