

POUČENÍ O VÝKONU

Informovaný souhlas s MR artrografií kloubu (vyšetření na magnetické rezonanci s aplikací kontrastní látky do kloubního pouzdra)

Jméno a příjmení pacienta: RČ:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce (opatrovníka)**:

Oddělení : Poučení provádějící odborný zdravotnický pracovník:

Lékař provádějící intra artikulární aplikaci:

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 artrografie kloubu.** Účelem a prospěchem vyšetření je určení či zpřesnění diagnózy předpokládaného, či již stanoveného onemocnění, účelem je získání vyššího tkáňového kontrastu a detekce některých patologických stavů, které se nedají diagnostikovat bez aplikace směsi kontrastní látky intra artikulárně (do kloubního pouzdra). K aplikaci směsi paramagnetické kontrastní látky dochází před vlastním MR vyšetřením, látku za aseptických podmínek aplikuje lékař jehlou do příslušného kloubního pouzdra. Po aplikaci můžete mít nepříjemné pocity v oblasti kloubu, pocit tlaku anebo zatuhnutí. Vlastní MR vyšetření probíhá v silném magnetickém poli, během vyšetření může dojít ke stimulaci periferních nervů, ke klaustrofobickým pocitům nebo k pocitu zahřátí vyšetřované oblasti či celého těla.
- **zda navrhované vyšetření má nějakou alternativu a zda existuje možnost zvolit si jednu z alternativ: alternativou je operační výkon — artroskopie.**
- **možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po MR artrografii kloubu** - žádná změna zdravotní způsobilosti nebyla prokázána, mírná bolestivost do doby vstřebání směsi kontrastní látky je individuální, neomezuje vás v obvyklém způsobu života.
- **údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů** — při potížích během vlastního 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 MR artrografií kloubu.**

Zákonný zástupce (opatrovník) prohlašuje, že příslušné informace byly v přiměřeném rozsahu a přiměřenou formou poskytnuty též pacientovi.** Názor nezletilého pacienta/pacienta s omezenou svéprávností, příp. důvod, pro který nemohl být názor nezletilého pacienta/pacienta s omezenou svéprávností zjištěn:

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

Pacient se s ohledem na svůj zdravotní stav z důvodu:

nemohl podepsat, svou vůli však projevil takto:

Jméno a příjmení svědka (zdravotnický pracovník):Podpis:

Prohlášení poučení provádějícího odborného zdravotnického pracovníka:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval/a o jeho zdravotním stavu a důvodech léčby/ provedení výkonu a všech shora uvedených skutečnostech, o očekávaném přínosu daného vyšetření včetně alternativních možností a jejich výhodách a nevýhodách.

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

** 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:

Máte nebo měl/la jste zavedený kardiostimulátor („budík na srdce“), anebo ponechané elektrody?	ANO	NE
Máte nebo měl/la jste zavedený defibrilátor na srdce, anebo ponechané elektrody?	ANO	NE
Máte umělou srdeční chlopu? - pokud ano, jakou a v kterém roce a měsíci proběhla operace?	ANO	NE
Máte zavedený neuro stimulátor mozku?	ANO	NE
Máte zavedený kochleární (ušní) implantát?	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, projektil, ...) po poranění či práci s kovy v očníci nebo jinde v těle?	ANO	NE
Máte rovnátka, zubní protézu, implantát či kovový můstek?	ANO	NE
Máte piercing (nutno sundat), tetování nebo permanentní make-up? Jak dlouho?.....	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
Jaká je vaše aktuální hmotnost (údaj je nutný pro technické zadání do MR přístroje a pro výpočet případného množství kontrastní látky)?		kg
Otázky pro ženy:		
Jste těhotná? - pokud ano, který týden gravidity? týden	ANO	NE
Kojíte?	ANO	NE

Pokud by odpověď na některou otázku byla ANO, volejte ještě před vyšetřením na tel. č. 519 315 149

Absolvovali jste RTG, CT, MR vyšetřované oblasti? Pokud ano, zajistěte si přeposlání obrazové dokumentace do naší nemocnice.

Medikace (vyplňuje personál MR):

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

Kontrastní látka:

Název, dávka, forma, způsob podání

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

Prohlášení lékaře 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.:

Lékař provádějící intra artikulární aplikaci:.....

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