

DOTAZNÍK a INFORMOVANÝ SÚHLAS PRE PACIENTOV PRED MR VYŠETRENÍM

Meno a priezvisko: Rodné číslo: Poist'ovňa:

Bydlisko (PSC):

Kontakt (tel., email):

Hmotnosť:.....

Výška:.....

Vo vyšetrovacej MR kabíne pôsobia silné elektromagnetické polia. Aby sa predišlo Vášmu poškodeniu, musíte pravdivo odpovedať na nasledujúce otázky (označte krížikom):

Máte vo / na svojom tele nasledujúce:

- 1.) **Pacemaker / kardiostimulátor / defibrilátor („strojček“ na srdce)** áno nie
- 2.) Svorky, stenty, špirálky po operácii aneuryzmy (cievnej výdute), cievny filter, shunt áno nie
- 3.) **Inzulínová alebo iná pumpa** áno nie
- 4.) **Akýkoľvek typ biostimulátora alebo iný elektronický prístroj** áno nie
- 5.) Akýkoľvek typ vnútorných elektród alebo katétrov áno nie
- 6.) Chirurgické svorky, kovové stehy (kde?) áno nie
- 7.) Očné protézy, šošovky fixované drôteným stehom, ušné implantáty, načúvadlá áno nie
- 8.) Náhrady srdcových chlopní, by-passy áno nie
- 9.) Vnútromaternicové teliesko, pesar, prsníkové implantáty áno nie
- 10.) **Náhrady kíbov, protézy** áno nie
- 11.) **Ortopedické, chirurgické a neurochirurgické implantáty** áno nie
- 12.) **Zubné protézy a snímateľné zubné náhrady** áno nie
- 13.) Náplaste (nikotínové, hormonálne, ...), podkožné implantáty, **piercing** áno nie
- 14.) Tetovanie, permanentný make-up áno nie
- 15.) **Iné kovové alebo magnetické implantáty, predmety, poranenia kovovými predmetmi (črepina, projektil, ...)** áno nie
- 16.) Pacienti s **VP (ventrikuloperitoneálnou) drenážou** - musia ísť pred a po vyšetrení na neurochirurgickú kontrolu. áno nie

Kovové predmety môžu byť silno priťahované magnetickým polom, môžu v nich vznikajú elektrické prúdy, môžu sa zahrievať. Môže dôjsť k poškodeniu zdravia a elektronických prístrojov.

ODPOVEDZTE NA NASLEDUJÚCE OTÁZKY (označte krížikom):

- Boli ste už niekedy na MR vyšetrení? áno nie
- Mali ste pri tom nejaké problémy? áno nie
- Bola Vám pri tom podaná kontrastná látka? áno nie
- Boli ste niekedy operovaný/á? Na čo? áno nie
- Môžete vylúčiť možnosť tehotenstva? nie áno
- Dojčíte v súčasnosti dieťa áno nie
- Mali ste niekedy oko poranené kovovým predmetom? áno nie
- Trpíte klaustrofóbiou (strachom z uzavretých priestorov)? áno nie
- Ste na niečo alergický/á, liečite sa na bronchiálnu astmu? áno nie
- Máte poškodené alebo choré obličky? pečeň? áno nie
- Užívate v súčasnosti nejaké lieky? Aké? áno nie
- Máte momentálne zvýšenú telesnú teplotu / horúčku? áno nie

Pred vstupom do vyšetrovacej kabíny MR musíte zo seba odstrániť všetky kovové a elektronické predmety (napr. načúvadlo, kľúče, mince, mobil, sponky do vlasov, okuliare,

zubné náhrady, šperky, hodiny, platobné karty, dátové nosiče, opasok, perá, obuv a oblečenie s kovovými časťami, podprsenku s kosticami, magnety). **Ďalej je potrebné odstrániť z kože make-up, očné tiene, rúž.** Uvedené veci môžu byť príčinou poškodenia Vás alebo iných osôb vo vyšetrovacej kabíne, prípadne sa môžu poškodiť samotné.

Počas vyšetrenia si musíte chrániť sluch **slúchadlami**, ktoré Vám nasadí pracovník MR.

Počas vyšetrenia dostanete do ruky **signalizačný balónik**, ktorým nám dáte vedieť, ak sa vyskytnú nejaké problémy (pálenie, svalové záškľby, nevoľnosť, ...). Je dôležité, aby ste sa počas vyšetrenia nedotýkali navzájom rôznymi obnaženými časťami tela.

V prípade podania **kontrastnej látky** (do žily) sa môžu vyskytnúť nežiaduce účinky, ktoré sú však zriedkavé a väčšinou nezávažné (nevoľnosť, nepríjemné pocity v mieste vpichu, žihľavka, miestny opuch, bolesť hlavy...). Závažné nežiaduce účinky (napr. kardiorespiračné zlyhanie, šok) sú zriedkavé (pod 0,1%). Celkový zoznam možných nežiaducich účinkov si prečítajte v **prílohe** tohto dotazníka (príbalový leták kontrastnej látky). Najčastejší výskyt nežiaducich účinkov je počas prvých **30 min. od podania kontrastnej látky**, preto je potrebné, aby ste **neopúšťali počas tejto doby MR pracovisko** (hospitalizovaní pacienti budú pod kontrolou personálu na odosielajúcom oddelení).

Upozornenie:

Pacient je povinný do dňa popisu vyšetrenia priniesť obrazovú dokumentáciu z predchádzajúcich MR a CT vyšetrení.

Čestne prehlasujem, že som poistencom zdravotnej poisťovne

V prípade, že tomu tak nie je, zavazujem sa, že uhradím finančné škody spôsobené Kysuckej NsP Čadca.

Pri plnom vedomí vyhlasujem, že som bol/a podrobne oboznámený/á s MR vyšetrením a súhlasím s ním i s podaním kontrastnej látky, ak to bude nevyhnutné.

Dolu podpísaný pacient týmto potvrdzujem, že som bol zo strany ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka informovaný o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Na základe tohto poučenia dávam týmto svojim podpisom súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo vyššie uvedené poučenie.

Prečítal/a som si a pochopil/a obsah dotazníka a informovaného súhlasu, na prípadné nejasnosti som sa mohol/a opýtať a boli mi objasnené. Dotazník som vyplnil/a pravdivo. Beriem na vedomie možné riziko a komplikácie daného výkonu. Nezamlčal/a som žiadne mne známe údaje o svojom zdravotnom stave, ktoré by mohli nepriaznivo ovplyvniť moju liečbu, či ohroziť moje okolie. Som si vedomý/á, že v dôsledku odmietnutia tohto vyšetrenia nemusí byť diagnostikované závažné ochorenie a začatá včasná liečba, čím môže byť vážne ohrozené moje zdravie alebo život.

Výsledok: prevezmem osobne zaslať osobne poštou indikujúcemu lekárovi

V deň vyšetrenia som prevzal obrazovú dokumentáciu na CD nosiči.

V, dňa

Podpis pacienta / zákonného zástupcu

Nevstupujte do vyšetrovacej kabíny, ak máte pochybnosti v niektorých vyššie uvedených otázkach !

Podpis osoby, ktorá skontrolovala dotazník (sestra /RDG asistent)