Nemocnice Vyškov
Nemocnice Vyškov p.o.
Purkyňova 235/36, Vyškov, 68201
Tel.: +420517315111
www: www.nemvy.cz

Magnetická rezonance, IČP: 81001920
prim. MUDr. Pavel Keder
Tel.: +420517315462

Informovaný souhlas s vyšetřením magnetickou rezonancí

Jméno a příjmení pacienta: RČ.:
Bydliště: kód ZP:

Účel výkonu a jeho průběh:

Při vyšetření magnetickou rezonancí (dále MR) budete vystaveni silnému magnetickému poli a vysokofrekvenčním elektromagnetickým impulzům.Vyšetření MR se provádí v několika sériích. Celé vyšetření trvá 20 – 50 minut. Vyšetření není bolestivé. V jeho průběhu uslyšíte klepání, které je součástí vyšetření. Je nutné po celou dobu vyšetření ležet klidně a nehýbat se. Každý pohyb vede ke znehodnocení vyšetření. V některých případech je nutná aplikace kontrastní látky. Alergická reakce na tuto látku je velmi vzácná. O nutnosti její aplikace rozhodne v průběhu vyšetření lékař. Vyhodnocení vyšetření provádí lékař radiolog.

Než vstoupíte do vyšetřovny, ODLOŽTE v kabince: hodinky, klíče, drobné mince, šperky, vlásenky, opasek s kovovou přezkou, naslouchadla, brýle, zubní protézy, bankovní karty, mobilní telefony, protetické pomůcky, spodní prádlo s kovovými částmi (podprsenka...) apod. Zubní implantáty nebo plomby nejsou překážkou vyšetření. Řiďte se pokyny personálu.

Rizika a možné důsledky zdravotního výkonu:

MÁTE-LI KARDIOSTIMULÁTOR (nebo MYO/NEUROSTIMULÁTOR či INSULINOVOU PUMPU,NESMÍTE BÝT VYŠETŘENI MAGNETICKOU REZONANCÍ!! NEVSTUPUJTE K PŘÍSTROJI!! PROSÍME INFORMUJTE IHNED PERSONÁL.

KOVOVÉ ČÁSTI MOHOU ZPŮSOBIT ÚRAZ ČI POŠKOZENÍ PŘÍSTROJE!

Vyplní pacient:

Prosíme, pečlivě vyplňte následující dotazník a označte zakroužkováním, zda jsou ve vašem těle následující kovové části či kovové přístroje:

Kardiostimulátor, myo/neurostimulátor	ANO NE
Kovové svorky po operaci mozku a mozkových cév	ANO NE
Kovové kloubní náhrady, kovové dlahy	ANO NE
Náhrady srdečních chlopní	ANO NE
Kochleární implantát (sluchová náhrada)	ANO NE
Kovové střepiny v oku nebo jinde v těle	ANO NE
Zubní rovnátka	ANO NE
Zhoršení funkce ledvin, dialýza	ANO NE
Inzulínová pumpa	ANO NE

Vyplňte, prosíme, tyto údaje:

Výška: ..... cm

Váha: ..... kg

Pokud jste označili u některé možnosti ANO, ihned na tuto skutečnost UPOZORNĚTE lékaře nebo laboranta oddělení magnetické rezonance!!!

Ženy: Jste-li těhotná, kojíte-li, máte-li nitroděložní tělísko, upozorněte personál!

Alternativy vyšetření: ultrazvuk, rentgen, počítačová tomografie, scintigrafie.

Možné omezení po vyšetření: není očekáváno omezení v obvyklém způsobu života.

Ve Vyškově dne:

....

podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce podpis lékaře provádějícího poučení a razítko odd.