

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

Jméno a příjmení pacienta:			<i>Razítko a podpis indikujícího lékaře</i>
Rodné číslo:			
Adresa:			
Telefon (mobil):			
Hmotnost pacienta:		Zdravotní pojišťovna:	
Indikující lékař:			
Tel. kontakt lékaře:		IČZ:	
Číslo DG (MKN):		Diagnóza slovy:	
Oblast, orgán vyšetření:			
Epikríza:			
Klinická otázka:			
Alergie:			

POUČENÍ - indikující lékař je povinen poučit pacienta minimálně v rozsahu následujících pokynů:

- Pacient se dostaví k vyšetření 15 minut před časem určeným při objednání.
- Obvyklá doba vyšetření je 20-45 minut
- Vyšetření je doprovázeno nadměrným hlukem přístroje, který je eliminován sluchátky, nebo chrániči sluchu.
- Pro vyšetření je nezbytné, aby pacient setrval v naprostém klidu a byl schopný spolupráce.
- Děti od 5 let věku lze v případě potřeby vyšetřit v analogosedaci.
- Začátek vyšetření se může zpozdit v případě nenadálé nutnosti předřazení akutního vyšetření.

Odpovědnost za informaci o povaze implantátu má indikující lékař.

***MR Safe** – žádná známá rizika, **MR Conditional** – žádná známá rizika za přesně daných podmínek, **MR Unsafe** – známá rizika pro MR

Pacient je nositelem, má implantovaný: (bez řádně vyplněných údajů nebude vyšetření MRI provedeno)	MR kompatibilita*:			Doba operace, implantace atd.			
	Safe	Conditional	Unsafe				
Kardiostimulátor, defibrilátor, jiný stimulátor	ano	ne					
Jiný kovový materiál	ano	ne					
Ponechané elektrody (po implantaci např. PM)	ano	ne					
Elektronické implantáty (kochleární, inzulinová pumpa..)	ano	ne					
Aneuryzmatické cévní svorky, klipy	ano	ne					
Kovová cizí tělesa intraorbitálně, intrakraniálně	ano	ne					
Kovový osteosyntetický materiál, TEP	ano	ne					
Renální insuficience	ano	ne	Hodnota GFR :		Kreatinin:		
Fixní ortodontický aparát, kov. rovnátka, zubní protézy	ano	ne	Nutno konzultovat s ortodontistou a vydat prohlášení o správné fixaci aparátu a souhlasu s MR vyšetřením.				
Pacientka je gravidní	ano	ne	Trimestr:	Tetování	ano	ne	
					Paruka	ano	ne
V anamnéze: zaměstnání v kovo průmyslu	ano	ne	St.p. operaci žlučníku, žaludku	ano	ne		
St.p. gynekologické operaci	ano	ne	St.p. operaci mozku	ano	ne		
St.p. operaci páteře	ano	ne	Klaustrofobie, úzkostná porucha	ano	ne		
St.p. operaci srdce	ano	ne	Astma	ano	ne		

V případě nejasností či dotazů kontaktujte, prosím, Radiodiagnostické oddělení Nemocnice Prachatice:
PO – PÁ, 8:00 – 14:00, tel. č. 702 269 913

**Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby:
VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ**Pacient/ka: _____ Rodné číslo: _____ ZP: _____
*jméno, příjmení, titul***Zákonný zástupce, opatrovník:**

Jméno, příjmení, titul: _____ Narozen/a: _____

Informující lékař: MUDr. _____
*jméno a příjmení***Účel, povaha, předpokládaný přínos tohoto vyšetření**

Magnetická rezonance (MR, nebo také MRI) je zobrazovací vyšetřovací metoda, která nevyužívá rentgenové záření, ale využívá silné magnetické a radiofrekvenční elektromagnetické pole. Cílem tohoto vyšetření je získání obrazů vyšetřovaných orgánů nebo informace o jejich funkci. Vyšetření není bolestivé.

Účelem MR vyšetření je nalezení případných změn struktury orgánů a tkání ve vyšetřované oblasti nebo posouzení změn již dříve známých. Získané informace pomohou lékaři diagnostikovat Vaše onemocnění, upřesnit Vaši diagnózu anebo sledovat průběh Vašeho onemocnění (například pro ověření úspěšnosti dosavadní léčby). Účelem použití kontrastní látky je zvýšení citlivosti vyšetření a zpřesnění diagnózy nebo cílené zobrazení cév.

Postup vyšetření MR

Na tento výkon není ve většině případů nutná žádná příprava (mimo vyšetření břicha), přesto je několik doporučení, které je dobré vzít na vědomí:

- Při vyšetření nesmí být uvnitř přístroje žádný kovový (ani nemagnetický) materiál. Z toho důvodu je nezbytné nechat všechny šperky, kovové přezky, spony, vlásenky, hodinky, klíče, mince, bankovní karty, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky, paruku apod. doma či na pokoji, nebo je odložit před vyšetřením v kabině.
- Před vyšetřením odložte v kabině případná naslouchadla, brýle, kontaktní čočky, snímatelné zubní protézy.
- Při vyšetření hlavy je žádoucí, aby vyšetřovaná neměla nanesenou řasenku.
- Kontrastní látka se případně podává v malém množství (cca 10 - 20 ml) vpichem přímo do žíly.
- Výjimečně se může kontrastní látka podávat také ústně. U dětí či osob se strachem z uzavřených prostor (klaustrofobie) může být potřeba podat léky na zklidnění (sedativa).

Odborný personál Vás uloží na vyšetřovací lůžko a vyšetřovanou oblast umístí do příslušné vyšetřovací cívky. Pohyblivé vyšetřovací lůžko s Vámi zajede do vyšetřovacího prostoru přístroje (tunelu). Vyšetření obvykle trvá 15 - 45 minut a po tuto dobu je nezbytné zůstat naprosto v klidu, protože pohyb částí těla znehodnocuje vyšetření. Při vyšetření orgánů hrudníku a břicha budete během vyšetření opakovaně vyzváni k zadržení dechu, aby byl jakýkoli nežádoucí pohyb trupu maximálně eliminován.

MR vyšetření je provázeno **hlukem**, a to o různé intenzitě. Z tohoto důvodu Vám budou poskytnuta sluchátka nebo ušní ucpávky. V naléhavých případech (např. při nevolnosti nebo bolestivých pocitech) můžete ihned kontaktovat personál MR pracoviště pomocí ovladače signálního zařízení, který budete mít v ruce.

Předpokládané důsledky a následky výkonu, možná rizika spojená s tímto výkonem

V některých případech se používá kontrastní látka, která až na velmi ojedinělé případy nezpůsobuje žádné vedlejší reakce. Závažné alergické reakce na kontrastní látky užívané při MRI jsou velmi vzácné a naše pracoviště je vybaveno ke zvládnutí život ohrožujícího stavu. Alergické reakce se liší intenzitou příznaků od nevýznamných (kopřivka, zarudnutí, svědění) až po závažné reakce (otok dýchacích cest a plic, pokles tlaku a zvýšení srdeční akce, v krajním případě selhání srdce a plic), které mohou vyžadovat rychlou lékařskou pomoc. Zdravotní komplikace spojená s použitím kontrastní látky může vzniknout v případě závažné poruchy funkce

ledvin, protože při pomalejším vylučování kontrastní látky vzniká riziko projevu vzácného onemocnění nazývaného nefrogenní systémová fibróza. Z tohoto důvodu může být také před podáním kontrastní látky provedeno vyšetření funkce ledvin.

Kontraindikace vyšetření MRI

Žádné škodlivé účinky magnetické rezonance nebyly prokázány. Na základě předběžné opatrnosti se však vyšetření nedoporučuje provádět u žen v prvním trimestru těhotenství. Vyšetření pomocí MR nelze provádět u osob s některými typy elektronických nebo kovových implantátů, případně cizích těles. Nelze především vyšetřovat nemocné s kardiostimulátorem nebo implantovaným defibrilátorem (ICD), poněvadž hrozí vážné poškození jeho funkce, případně závažná až život ohrožující porucha srdečního rytmu. Osoby s kovovými cévními svorkami po operaci mozkových tepenných aneuryzmat (výdutí) lze vyšetřit pomocí MR jen za přísně specifikovaných podmínek.

Alternativa vyšetření MRI

Alternativou k tomuto vyšetření může být v některých případech ultrazvuk (UZ) nebo výpočetní tomografie (CT). Neposkytují však stejnou kvalitu diagnostických informací.

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb

Po vyšetření s kontrastní látkou pacient vyčká ještě 20 minut v čekárně kvůli možnosti opožděné alergické reakce na kontrastní látku. Pokud by se po vyšetření s kontrastní látkou dostavily projevy alergie (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) až po opuštění zdravotnického zařízení, okamžitě uvědomte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo (po ambulantním MRI vyšetření) lékařskou pohotovostní službu. Pokud se po vyšetření cítíte dobře, nemáte pocit nevolnosti a nebyly Vám podány uklidňující léky, můžete dále pokračovat ve svém běžném programu. Kojící matky po aplikaci kontrastní látky přeruší kojení na 24 hodin (je proto vhodné před vyšetřením nasbírat na tuto dobu mléko do zásoby). Během 24 hodin se kontrastní látka vyloučí z Vašeho těla.

OVĚŘENÍ KONTRAINDIKACÍ VYŠETŘENÍ MR a prohlášení pacienta / pacientky:

Zakroužkujte u každé položky jednu z možností **ANO / NE**. Tučným písmem jsou uvedeny možnosti, které mohou závažně poškodit zdraví vyšetřovaného a jejich přesné určení je naprosto zásadní pro bezpečné provedení MRI vyšetření.

Vaše jméno, příjmení a RČ:

Mám implantovaný monitor životních funkcí (např. srdeční monitor nebo monitor nitrolebečního tlaku v lebce).	ANO	NE
Mám kochleární implantát (přístroj na podporu slyšení).	ANO	NE
Mám v těle jiný přístroj / elektronický implantát.	ANO	NE
Jsem po operaci aneuryzmatu (výdutě) mozkové tepny.	ANO	NE
Mám v těle cévní svorky (klipy).	ANO	NE
Mám v tepnách nebo žilách stent (cévní výztuž) nebo žilní filtr.	ANO	NE
Mám stimulátor funkcí mozku nebo nervů (např. při Parkinsonově chorobě či jiných neurologických onemocněních, vagální stimulátor apod.).	ANO	NE
Mám komorovou drenáž mozku.	ANO	NE
Mám náhradu srdeční chlopně.	ANO	NE
Mám kovové kloubní či kostní implantáty (umělý kloub, šrouby, dlahy).	ANO	NE
Mám kroužky na žaludku v rámci léčby žaludečního refluxu (pálení žáhy).	ANO	NE
Mám v těle protézu (oční, ortopedickou či jakoukoliv jinou).	ANO	NE
Jsem po operaci žlučníku nebo žlučových cest a mám v břiše svorky.	ANO	NE
Jsem po transplantaci jater či ledvin.	ANO	NE
Mám piercing, tetování nebo permanentní make-up.	ANO	NE
Mám nitroděložní tělísko.	ANO	NE
Mám strach z uzavřených prostor (klaustrofobii).	ANO	NE
Mívám projevy úzkosti.	ANO	NE
Užívám / užil/a jsem na tento stav před vyšetřením léky (jaké):		
Mám závažné onemocnění ledvin.	ANO	NE
Mám alergie na léky, desinfekci či kontrastní látku.	ANO	NE
Léčím se s astmatem.	ANO	NE

Byl/a jsem poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. **Prohlašuji, že podaným informacím rozumím**, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Současně **vyslovuji souhlas** s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. **Beru na vědomí**, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích, dne: _____

Podpis pacienta/pacientky: _____

Podpis zák. zástupce, opatrovníka: _____