**Pracoviště:** **Oddělení radiodiagnostiky**

Proton Therapy Center Czech s.r.o. (PTC)

**PACIENT:**

**Jméno a příjmení: **

**Datum narození: **

**Adresa: **

**Hmotnost:  kg Výška:  cm**

**Důležité informace od pacienta, prosíme, vyplňte:**

*(správnou odpověď zakřížkujte)*

**Vyskytla se u Vás někdy alergie na:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| kontrastní látky: |  |  |  |
| na léky: |  |  |  |
| pyly: |  |  |  |
| bodnutí hmyzem: |  |  |  |
| jiné typy alergií, uveďte jaké: |  | | |

**Léčíte se s onemocněním / trpíte onemocněním (zaškrtněte ANO či NE):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ledvin (snížené funkce) |  |  |
| štítné žlázy |  |  |
| bronchiálním astmatem |  |  |
| zeleným zákalem či zvýšeným nitroočním tlakem |  |  |
| diabetem mellitem - cukrovkou |  |  |
| poruchou krevní srážlivosti |  |  |
| klaustrofobií |  |  |
| jiným závažným onemocněním: |  |  |

**Pro ženy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jste těhotná? |  |  | |  |
| Pokud ano, uveďte v jakém týdnu těhotenství: | | | | |
| Kojíte? |  | |  | |
| Máte zavedené nitroděložní tělísko? |  | |  | |

**Kovy a jiné materiály v těle (zaškrtněte ANO či NE a event. uveďte lokalizaci a rok operace). Odpověď „ANO“ na některé z níže uvedených otázek neznamená, že vyšetření nemůže být provedeno.** Takovou skutečnost, však **musíte VŽDY a PŘED vyšetřením** ohlásit obsluze MR, která kvalifikovaně rozhodne, zda můžete nebo nemůžete vyšetření podstoupit.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Máte kardiostimulátor/ defibrilátor? |  |  |
| Máte ponechány elektrody po odstranění kardiostimulátoru/defibrilátoru? |  |  |
| Máte kochleární (ušní) implantát? |  |  |
| Máte v těle/na těle elektronická zařízení (inzulinová pumpa, naslouchadlo, aj.)? |  |  |
| Máte náhradu srdeční chlopně? |  |  |
| Máte zavedeny v cévách stenty (výztuže cév), kavální nebo jiný žilní filtr, embolizační materiál? |  |  |
| Máte kovové svorky, klipy po operaci prsu, mozku, žlučníku, aj.? |  |  |
| Máte kloubní náhradu nebo kovy (dlahy, šrouby) v těle po zlomenině či po operaci páteře? |  |  |
| Máte kovové střepiny v oku nebo jinde v těle? |  |  |
| Máte v těle po úrazu jiná kovová cizí tělesa (špony, střelivo, aj.)? |  |  |
| Máte zubní můstek, rovnátka, protézu? |  |  |
| Máte nesnímatelný piercing, tetování? |  |  |
| Ženy – máte prsní implantáty? |  |  |
| Muži – máte penilní implantát? |  |  |

Máte-li nekompatibilní **kardiostimulátor, implantovaný defibrilátor či kochleární implantát** **NESMÍTE být vyšetřen magnetickou rezonancí!!! Upozorněte personál!!!**

Informace o vyšetření MR

|  |  |
| --- | --- |
| Účel: | MR vyšetření využívá elektromagnetických vlastností atomových jader tkání k podrobnému zobrazení jednotlivých anatomických oblastí lidského těla a výrazně tak přispívá k přesnému stanovení diagnózy či objasnění zdravotního problému ve vyšetřované oblasti, což může mít zásadní vliv na další průběh léčby. |
| Příprava: | ***Před vyšetřením***   * U většiny MR vyšetření není nutná speciální příprava, doporučujeme pouze 3 hodiny před vyšetřením nejíst, pít můžete malé množství neperlivé vody (do 200 ml) po doušcích. * Vyšetření probíhá v mimořádně silném magnetickém poli, proto si v kabince odložíte opasek, podprsenku, fixační dlahy, protetické pomůcky (ortézy), naslouchadla, zubní protézy, brýle, hodinky, klíče, kovové mince, šperky, vlásenky, kreditní karty (magnetické karty všeho druhu), mobilní telefony apod.   ***Podání kontrastní látky ústy***   * Před vyšetřením trávicí trubice (MR enterografie) je nutné vyprázdnění střeva dle pokynů indikujícího lékaře. Obvykle je nutné po malých doušcích popíjet kontrastní látku (v celkovém objemu 1500 – 2000 ml) v průběhu 1 hodiny. * Před vyšetřením břicha v určitých případech stačí popíjet pouze vodu (bez kontrastní látky). Volba použité kontrastní látky je na domluvě ošetřujícího lékaře a provádějícího radiologa.   ***Podání kontrastní látky do žíly***   * Některé typy MR vyšetření lze provádět pouze po podání kontrastní látky nitrožilně. Jde zpravidla o gadoliniové kontrastní látky, tedy chemicky velmi odlišné od látek používaných na CT. * Pro aplikaci kontrastní látky Vám bude do žíly zavedena silikonová či plastová hadička, tzv. kanyla, a kontrastní látka pak bude aplikována do této kanyly. |
| Průběh: | Samotné vyšetření probíhá vleže na vyšetřovacím stole v silném statickém magnetickém poli. Činnost přístroje je provázena intenzivním hlasitým hlukem, tento zvuk je běžný u naprosté většiny MR přístrojů. Pro jeho zmírnění Vám samozřejmě poskytneme chrániče sluchu. Vyšetřovací stůl s pacientem se zasune do gantry, nebo-li „tunelu“, což je prostor mezi senzory uvnitř přístroje. **Vyšetření dle požadovaného typu trvá přibližně 20 – 50 minut** a je nebolestivé. Důležité je se při vyšetření nehýbat - každý Váš pohyb může vyšetření znehodnotit. Zejména při vyšetření orgánů dutiny břišní je vyžadována spolupráce pacienta s ošetřujícím personálem - zadržení dechu zhruba na 15-20 vteřin. Je-li to pro požadovaný typ vyšetření zapotřebí, bude Vám do zavedené nitrožilní kanyly aplikována kontrastní látka. Krátce po podání kontrastní látky se u citlivých pacientů může výjimečně objevit nevolnost či bušení srdce, které však nejsou ohrožující a po chvíli odezní. Personál MR je s Vámi po celou dobu vyšetření v kontaktu prostřednictvím kamery a mikrofonu. |
| **Po vyšetření:** | * Zhruba 30 minut po vyšetření s aplikací kontrastní látky Vám bude ponechán žilní vstup (kanyla) a budete sledován/a z důvodu rizika možného vzniku alergické reakce (viz níže). * Po vyjmutí kanyly sestrou nebo radiologickým asistentem můžete odejít domů. * Pokud Vám nebyly aplikovány léky na zklidnění nebo jiné léky, ovlivňující pozornost (např. Dithiaden) či ostrost vidění (např. Buscopan), můžete řídit motorové vozidlo. * Po vyšetření s nitrožilní aplikací kontrastní látky je nutná dostatečná hydratace, tj. alespoň 2 litry tekutin. * Po propuštění domů můžete normálně jíst, také můžete užít své obvyklé léky. * Kojící matky by po vyšetření s kontrastní látkou měly přerušit kojení na 24 hodin. Po tuto dobu mateřské mléko odstříkat a nepoužívat pro výživu dítěte. |

Výhody a nevýhody MR vyšetření:

* VÝHODY: nulová radiační zátěž, získání komplexnějších a podrobnějších informací o vyšetřované oblasti,
* NEVÝHODY: časová náročnost a vyšší hlučnost vyšetření, možná psychická nepohoda pro pacienty se strachem z uzavřeného prostoru, rizika/komplikace spojené s výkonem uvedená níže.

Komplikace MR vyšetření

Závažnou komplikací, která se může po MR vyšetření s nitrožilním podáním kontrastní látky vyskytnout, je alergická reakce*.* Alergická reakce na gadoliniové kontrastní látky je velmi vzácná, má nejčastěji podobu zarudnutí kůže či kožní vyrážky. Zcela výjimečně se však může vystupňovat až v tzv. anafylaktický šok s možným následným úmrtím. K alergické reakci může dojít i přesto, že jste se s touto reakcí ještě nikdy nesetkal/a, i když Vám již dříve byla kontrastní látka aplikována. Při podávání moderních kontrastních látek však k takovým komplikacím dochází jen výjimečně. Rozpoznání i způsob léčby závisí na závažnosti alergické reakce a personál MR pracoviště je na ně připraven.

Byl/a jsem poučen/a, že lékařem doporučené vyšetření může mít výše uvedené komplikace, které mohou, ale nemusí nastat.

**Současně prohlašuji**, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony.

**Byl/a jsem poučen/a, že alternativou** MR vyšetření je: konvenční radiodiagnostické vyšetření, počítačová tomografie – CT či ultrazvukové vyšetření - UZ. Jejich nevýhodou je však přítomnost ionizujícího záření (CT), vyšší četnost alergických reakcí po podání kontrastní látky či významně nižší výpovědní hodnota vyšetření.

**Beru na vědomí,** že v případě technických problémů na straně poskytovatele zdravotní péče mi bude nabídnutý nejbližší možný termín léčebného výkonu.

Měl/a jsem tyto doplňující otázky:

Byl/a jsem poučen/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu.

Byl/a jsem poučen/a o svém právu vzdát se podání informace o zdravotním stavu.

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že jsem byl/a srozumitelně seznámen/a s veškerými shora uvedenými skutečnostmi. K prostudování jsem měl/a dostatek času a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Dále prohlašuji, že jsem pravdivě odpověděl/a na otázky položené v tomto dokumentu.

**Prohlašuji,** že jsem uvedenému poučení plně porozuměl/a včetně upozornění na možná rizika, či komplikace a jejich následné řešení.

|  |
| --- |
|  |

**Vlastno**r**uční podpis pacienta:**

*(podpis zákonného zástupce)*

|  |  |
| --- | --- |
| **V Praze dne:** |  |

|  |
| --- |
|  |

**Jmenovka a podpis zdravotnického pracovníka, který poučení provedl:**

\*\*\*

Identifikace osoby udělující zástupný souhlas:

|  |
| --- |
|  |

Jméno a příjmení:

|  |
| --- |
|  |

Datum narození:

|  |
| --- |
|  |

Vztah k pacientovi:

**Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Jméno a příjmení 1. svědka* | *Jméno a příjmení 2. svědka* |
| *podpis* | *podpis* |

Důvod, pro který se pacient nemohl podepsat:

|  |
| --- |
|  |

Způsob, kterým pacient vyjádřil svůj souhlas:

|  |
| --- |
|  |