

Письмова згода на надання медичної послуги (медичної процедури)

Назва медичної послуги (процедури або обстеження): **Магнітно-резонансна томографія (МРТ)**

Після попереднього обстеження лікар рекомендує вам вищезазначену медичну послугу (процедуру або обстеження), на яку потрібна ваша згода. У наступному тексті ви знайдете інформацію про дане обстеження. Додаткові відомості ви можете отримати, обговоривши деталі зі спеціалістом. Наприкінці ви повинні висловити свою інформовану згоду або незгоду з виконанням даної медичної процедури.

Причина надання медичної послуги – ціль, характер, користь для пацієнта, можливі альтернативи:

Що таке магнітно-резонансна томографія

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) – це метод візуального обстеження, який не використовує рентгенівські промені, але використовує сильні магнітні та радіочастотні електромагнітні поля. Метою такого дослідження є отримання зображень досліджуваних органів або інформації про їх функції або біологічний склад. Обстеження не болюче. У деяких випадках використовується додатково контрастна речовина, яка (за винятком дуже рідкісних випадків) не викликає побічних реакцій.

Цілі магнітно-резонансної томографії

Метою МРТ дослідження є виявлення можливих змін у структурі органів і тканин досліджуваної ділянки або оцінка вже відомих змін. Отримана інформація допоможе лікарю діагностувати ваше захворювання, уточнити діагноз або контролювати перебіг захворювання (наприклад, перевірити успішність попереднього лікування). Метою застосування контрастної речовини є підвищення чутливості, обстеження й уточнення діагнозу або цілеспрямоване зображення судин.

Альтернативи процедури

У деяких випадках альтернативою цьому обстеженню може стати ультразвук (УЗД) або комп'ютерна томографія (КТ). Однак у більшості випадків ці обстеження не дають такої ж якості діагностичної інформації як МРТ, і тому не можуть вважатися повноцінною альтернативою. Крім того, КТ заснована на використанні рентгенівського випромінювання, що несе певний ризик для здоров'я. З іншого боку, перевагою КТ є швидкість обстеження, візуалізація кісток, також КТ використовується у випадку імплантованих пристроїв, які виключають магнітно-резонансне дослідження (наприклад, кардіостимулятор).

Підготовка до надання медичної послуги (обстеження або процедури):

Перед обстеженням черевної порожнини хворий повинен знаходитися за 3-4 години натщесерце (якщо пацієнт довготривало приймає ліки, їх можна прийняти, запивши водою). З причин можливого застосування контрастної речовини.

- Під час обстеження всередині пристрою не повинні знаходитися металеві (або немагнітні) матеріали. З цієї причини необхідно залишити всі прикраси, металеві пряжки, затискачі, шпильки, годинники, ключі, монети, банківські картки, мобільні телефони, фіксатори, протези та под. вдома або відкласти їх перед оглядом у кабінці.
- Перед обстеженням відкладіть у кабінці будь-які слухові апарати, окуляри, контактні лінзи, знімні зубні протези.
- Під час обстеження голови бажано, щоб у пацієнтки був відсутній макіяж вій (туш).
- При необхідності вводиться контрастна речовина у невеликій кількості (приблизно 10-20 мл) шляхом ін'єкції безпосередньо у вену, рідше в суглоб.
- У виняткових випадках контрастну речовину можна вводити пероральним шляхом. У дітей або осіб, які бояться закритих приміщень (клаустрофобія), може виникнути потреба в прийомі препаратів для заспокоєння (седативні препарати).



Акціонерне товариство Транспортної охорони здоров'я
ПОЛІКЛІНІКА AGEL Прага Італска
вул. Італска 560/37, 121 43, м. Прага 2
Ідентифікаційний номер: 25903659

Додаток № 2 до Внутрішнього розпорядку
019_POS_2019-115
SOP PH 019

Порядок надання медичної послуги (обстеження або процедури):

Спеціалісти покладуть вас на стіл для обстеження, помістивши досліджувану ділянку у відповідну котушку для обстеження. З метою Вашої безпеки (запобігання травмам кінцівок під час заїзду лікарняного стола всередину приладу, а також запобігання падінню під час переміщення) можуть бути застосовані в області живота і верхніх кінцівок ремені фіксації. Мобільний лікарняний стіл разом із вами заїде всередину пристрою для обстеження (у тунель). Зазвичай обстеження триває 20-50 хвилин, протягом цього часу важливо залишатися максимально спокійним, оскільки рух частин тіла пошкоджує результати обстеження. Під час обстеження органів грудної та черевної порожнини вас неодноразово будуть просити затримати дихання, щоб максимально виключити будь-які небажані рухи тулуба. МРТ дослідження супроводжується шумом різної інтенсивності. З цієї причини вам будуть надані навушники або вушні затички.

У екстрених випадках (наприклад, при появі нудоти або хворобливих відчуттів) ви можете негайно зв'язатися з персоналом робочого місця МРТ за допомогою пульта-сигналізатора, який буде у вас під рукою.

Ризики та можливі подальші ускладнення:

Магнітно-резонансна томографія – це метод обстеження з використанням сильного магнітного поля. Це не рентгенівське дослідження. Ніяких шкідливих наслідків магнітно-резонансної томографії не виявлено. Однак, з метою профілактичної обережності, обстеження не рекомендується проводити жінкам у першому триместрі вагітності. Серйозні алергічні реакції на контрастні речовини, що застосовуються при МРТ, зустрічаються дуже рідко, а робоче місце обладнане для роботи в умовах, що загрожують життю. Алергічні реакції відрізняються за інтенсивністю симптомів від незначних (кропив'янка, почервоніння, свербіж) до важких реакцій (набряк дихальних шляхів і легенів, падіння тиску і прискорення пульсу, в крайніх випадках серцева і легенева недостатність), які можуть вимагати негайної медичної допомоги.

Рекомендації пацієнту після наданої медичної послуги (обстеження або процедури), можливі обмеження у звичному способі життя, працездатності, зміни у стані здоров'я:

Якщо після обстеження ви почуваетесь добре, вас не нудить і вам не давали заспокоїливих, ви можете продовжити свій звичний денний режим.

Матері, які годують грудьми, припиняють грудне вигодовування протягом 24 годин після введення контрастної речовини (тому перед обстеженням бажано відсати молоко на вказаний період). Протягом 24 годин контрастна речовина буде виведена з вашого організму.

Режим лікування та профілактичні заходи:

Після обстеження з контрастною речовиною пацієнт чекає ще 20 хвилин у приймальні через можливість проявлення запізнілої алергічної реакції на контрастну речовину. Якщо симптоми алергії (шкірний висип, нудота, задишка) після обстеження контрастною речовиною проявилися вже після того, як ви покинули медичний заклад, негайно зверніться до свого лікаря або у швидку медичну допомогу.

Перевірка протипоказань процедури:

Обведіть один із варіантів ТАК/НІ для кожного пункту або залиште відповідь без кружечка, якщо ви не впевнені.

У мене є кардіостимулятор і /або дефібрилятор. (пристрій, що впливає на діяльність серця) **ТАК** **НІ**

Раніше мені імплантували кардіостимулятор, електроди залишилися в моєму тілі.	ТАК	НІ
У мене імплантований інфузійний насос (наприклад, для дозування інсуліну).	ТАК	НІ
У мене імплантований монітор життєво важливих функцій або нейростимулятор .	ТАК	НІ
У мене металеві затискачі після операції мозку, судин (кліпси, спіралі для емболізації)	ТАК	НІ
У мене кохлеарний імплант (слуховий апарат).	ТАК	НІ
У мене є металеві/електронні/титанові імплантати (заміни суглобів, металеві пластини або гвинти).	ТАК	НІ
У мене є стернальний імплантат для лікування впалої грудної клітки.	ТАК	НІ
Я після операції аневризми (видування) мозкової артерії.	ТАК	НІ
У мене імплантовані серцеві клапани (механічні або біологічні).	ТАК	НІ
У мене металеві чужорідні тіла в оці або в інших місцях тіла (осколки, шпори).	ТАК	НІ
У мене в тілі є стенти (зміцнення судин) або венозні фільтри .	ТАК	НІ
У мене важке захворювання нирок (діаліз).	ТАК	НІ
Я після пересадки печінки чи нирки .	ТАК	НІ
Я після нейрохірургічної чи іншої операції (якої, коли).	ТАК	НІ
У мене є стимулятор сечового міхура.	ТАК	НІ
У мене є пірсинг, тату або перманентний макіяж.	ТАК	НІ
У мене зубні протези, коронки, брекети.	ТАК	НІ
У мене алергія на ліки, дезінфекцію або контрастну речовину.	ТАК	НІ
Я вагітна (якщо ТАК, вкажіть тиждень/місяць) або годюю груддю .	ТАК	НІ
Я боюся закритого простору (клаустрофобія).	ТАК	НІ

Якщо ви у будь-якого пункту вказали ТАК, негайно ПОВІДОМИТЬ про це співробітників відділення магнітно-резонансної діагностики!!!

Зріст см Вага кг

1. Я погоджуюся/ не погоджуюся* із застосуванням гадолінієвої контрастної речовини

*)непотрібне викресліть



Акціонерне товариство Транспортної охорони здоров'я
ПОЛІКЛІНІКА AGEL Прага Італска
вул. Італска 560/37, 121 43, м. Прага 2
Ідентифікаційний номер: 25903659

Додаток № 2 до Внутрішнього розпорядку
019_POS_2019-115
SOP PH 019

Заява

Мене детально поінформували про надання медичної послуги (процедури або обстеження) з усіма альтернативами, їхніми перевагами та ризиками, і я мав/мала можливість обрати одну з альтернатив (якщо надана медична послуга) не підпадає під спеціальні законодавчі норми).

Я був/була ознайомлений/ознайомлена з можливими обмеженнями у звичайному режимі життя та неприцездатності після надання медичної послуги (процедури або обстеження), з можливими очікуваними змінами у стані здоров'я та працездатності.

Я був/була ознайомлений/ознайомлена з режимом лікування, з відповідними профілактичними заходами та можливістю надання інших медичних послуг (профілактичними процедурами або обстеженнями).

Я заявляю, що я міг/могла задавати додаткові питання, на які отримав/отримала конкретні відповіді, і що я повністю зрозумів/зрозуміла інформацію й інструкції та погоджуюся із запропонованою процедурою.

У разі виникнення неочікуваних ускладнень, що вимагають негайного виконання інших медичних послуг (втручань), необхідних для порятунку життя чи здоров'я, я погоджуюся з виконанням усіх інших необхідних та невідкладних медичних послуг (процедур), необхідних для порятунку життя чи здоров'я.

Пацієнт: **Страховий номер:**

Підпис пацієнта: **Телефон:**.....

Законний представник: **Родинні стосунки:**.....

Підпис законного представника

Ідентифікація лікаря:

Підпис лікаря:

Підпис та ідентифікація працівника МРТ, який перевірів дані

м. Прага, дата **година:**.....

У випадку, якщо пацієнт не зможе підписатися (вказати причину):

Якщо застрахований за станом здоров'я не може підписати протокол, його безсумнівне волевиявлення (кивком голови, рухом повік, кінцівками тощо) підтверджують своїм підписом лікуючий лікар та інший свідок. У протоколі зазначається спосіб, у який застрахований висловив свою волю, і стан здоров'я, що перешкоджає застрахованому підписатися.

Стан здоров'я, що перешкоджає застрахованому підписатися:

Спосіб волевиявлення застрахованого:

Ім'я та прізвище (або печатка), підпис свідка: