

DOTAZNÍK A POUČENÍ PACIENTA PŘED MR VYŠETŘENÍM

Příjmení a jméno _____

Rodné číslo _____

Požadované vyšetření _____

Pojišťovna _____ Výška _____ cm Váha _____ kg Telefonní číslo _____

Písemný výsledek zaslat na Vaší e-mailovou adresu: ANO NE

Čitelná e-mailová adresa: _____

Vážená paní, vážený pane, v průběhu vyšetření na našem oddělení se budete nacházet v silném magnetickém poli a současně budete vystaven(a) vysokofrekvenčním elektromagnetickým impulsům.

PROTO, MÁTE-LI KARDIOSTIMULÁTOR, ČI DEFIBRILÁTOR NESMÍTE BÝT V ŽÁDNÉM PŘÍPADĚ VYŠETŘEN(A) MAGNETICKOU REZONANCÍ!!! NEVSTUJUJTE K PŘÍSTROJI!

Indikaci a případnou kontraindikaci pacienta k MR vyšetření určuje odesílající lékař.

Pečlivě vyplňte následující dotazník a označte zakroužkováním pravdivou odpověď.

Mám kardiostimulátor/implantovaný defibrilátor (přístroj ovlivň. činnost srdce)	ANO	NE
Měl(a) jsem dříve implantovaný stimulátor a zbyly v těle elektrody	ANO	NE
Mám v těle implantovanou infuzní pumpu (např. pro dávkování inzulínu)	ANO	NE
Mám implantovaný monitor životních funkcí či neurostimulátor	ANO	NE
Mám kovové svorky po operaci mozku, cév (klipy, embolizační spirály)	ANO	NE
Mám kochleární (ušní) implantát	ANO	NE
Mám kovové /elektronické/titanové implantáty (kloubní náhrady, kovové dlahy nebo šrouby)	ANO	NE
Mám sternální implantát pro léčbu vpadlého hrudníku	ANO	NE
Mám implantované srdeční chlopně (mechanické či biologické)	ANO	NE
Mám kovová cizí tělesa v oku nebo jinde v těle (střepiny, špony)	ANO	NE
Mám v těle stenty (výztuže cév) nebo žilní filtry	ANO	NE
Mám závažné onemocnění ledvin (dialýza)	ANO	NE
Jsem po transplantaci jater či ledvin	ANO	NE
Jsem po neurochirurgické či jiné operaci (jaké, kdy)	ANO	NE
Mám stimulátor močového měchýře	ANO	NE
Mám piercing, tetování nebo permanentní make-up	ANO	NE
Mám zubní protézy, můstek, rovnátka	ANO	NE
Mám alergii na léky, desinfekci či kontrastní látku	ANO	NE
Mám klaustrofobii (strach z uzavřených prostor)	ANO	NE
Jsem těhotná (pokud ANO, uveďte týden/měsíc) nebo kojím	ANO	NE



Dopravní zdravotnictví a.s.
POLIKLINIKA AGEL Praha Italská
Italská 560/37, 121 43 Praha 2

Oddělení magnetické rezonance
Tel.. +420 221 087 667
e-mail: mr@pol.agel.cz

Pokud jste označili u některé možnosti **ANO**, ihned **UPOZORNĚTE** personál oddělení magnetické rezonance!!!

KOVOVÉ ČÁSTI MOHOU způsobit úraz či poškození přístroje!

Alternativy vyšetření: Ultrazvuk, rentgen, výpočetní tomograf, scintigrafie, PET/CT

Než vstoupíte do ošetřovny, ODLOŽTE v kabině: hodinky, klíče, drobné kovové mince, šperky, kovové vlásenky, opasek, naslouchadla, brýle, kontaktní čočky, zubní protézy, bankovní karty s magnetickým proužkem, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky apod.!!!

Vyšetření trvá 20 - 50 minut, provádí se v několika sériích a není bolestivé. V průběhu vyšetření uslyšíte hlasité klapání, které patří k vyšetření. Proti hluku je možné použít ucpávky do uší či sluchátka. Při vyšetření můžete pociťovat mírné teplo ve vyšetřované oblasti Vašeho těla. Při jakékoliv nevolnosti nebo nepříjemných pocitech můžete ihned kontaktovat personál magnetické rezonance pomocí signalizačního zvonku, který budete mít v ruce. Při vyšetření je nutné ležet klidně a nehýbat se!

Potvrzuji, že jsem na všechny otázky odpověděl(a) pravdivě a nic jsem nezamlčel(a).

Prohlašuji, že jsem poučení rozuměl(a) a **NEMÁM KARDIOSTIMULÁTOR.**

Prohlašuji, že jsem mohl(a) klást doplňující otázky, na které mi bylo uspokojivě odpovězeno.

Nemám žádné další otázky.

V Praze dne _____

PODPIS PACIENTA (nebo jeho zákonného zástupce-vztah k pacientovi)

Podpis zaměstnance MR oddělení, který ověřil údaje