

Písemný souhlas s poskytnutím zdravotní služby (zdravotního výkonu)

Název zdravotní služby (výkonu nebo vyšetření): Magnetická rezonance (MR) - prsa

Po předchozím vyšetření doporučil lékař výše uvedenou zdravotní službu (výkon nebo vyšetření), ke kterému potřebujeme váš souhlas. V následujícím textu najdete informace o tomto vyšetření, které případně můžete rozšířit rozhovorem s odborným pracovníkem. Na závěr vyjádříte svůj informovaný souhlas či nesouhlas s tímto zdravotnickým výkonem.

Důvod poskytnuté zdravotní služby – účel, povaha, prospěch pro pacienta, možné alternativy:

Co je magnetická rezonance

Magnetická rezonance (MR) 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 či biologickém složení. Vyšetření není bolestivé. V některých případech se používá navíc kontrastní látka, která až na velmi ojedinělé případy nezpůsobuje žádné vedlejší reakce.

Účel magnetické rezonance

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 Vaši chorobu, 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.

Alternativy výkonu

Alternativou k tomuto vyšetření může být v některých případech ultrazvuk (UZ) nebo výpočetní tomografie (CT). Většinou však neposkytují tato vyšetření stejnou kvalitu diagnostických informací jako MR a nelze tedy mluvit o plnohodnotné alternativě. CT je navíc založeno na použití rentgenového záření, které přináší určité zdravotní riziko. Výhodou CT je naopak rychlost vyšetření, zobrazení kostí a CT je také používáno v případě implantovaných přístrojů, které vylučují vyšetření magnetickou rezonancí (např. kardiostimulátor).

Příprava k poskytované zdravotní službě (vyšetření nebo výkonu):

Před vyšetřením břišní dutiny je potřeba, aby pacient byl 3-4 hodiny před výkonem na lačno (**trvalou medikaci možno užít a zapít vodou**). Z důvodu možné aplikace kontrastní látky.

- **Při vyšetření nesmí být uvnitř přístroje žádný kovový (ani nemagnetický) materiál.** Z tohoto důvodu je nezbytné nechat všechny šperky, kovové přezky, spony, vlásenky, hodinky, klíče, mince, bankovní karty, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky atd. doma či 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, vzácně do kloubu.**
- **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).**

Postup při poskytování zdravotní služby (vyšetření nebo výkonu):

Odborný personál Vás uloží na vyšetřovací lůžko a vyšetřovanou oblast umístí do příslušné vyšetřovací cívky. Z důvodu Vaší bezpečnosti (prevence zranění končetin při zajíždění vyšetřovacího lůžka do přístroje a prevence pádu při přesunu) mohou být přiloženy v oblasti břicha a horních končetin fixační pásy. Pohyblivé vyšetřovací

lůžko s Vámi zajede do vyšetřovacího prostoru přístroje (tunelu). Vyšetření obvykle trvá 20-50 minut a po tuto dobu je nezbytné zůstat 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 signalizačního zařízení, který budete mít v ruce.

Rizika a možné následné komplikace:

Magnetická rezonance je vyšetřovací metoda, která využívá silné magnetické pole. Není založena na rentgenovém záření. Žádné škodlivé účinky magnetické rezonance nebyly prokázány. Na základě předběžné opatrnosti se však vyšetření nedoporučuje provádět u žen v prvním trimestru těhotenství. Závažné alergické reakce na kontrastní látky užívané při MR jsou velmi vzácné a 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.

Doporučení pacientovi po poskytnuté zdravotní službě (vyšetření nebo výkonu) možná omezením v obvyklém způsobu života, pracovní schopnosti, změny zdravotní způsobilosti:

Pokud se po vyšetření cítíte dobře, nemáte pocit nevolnosti a nebyly Vám podány uklidňující léky, můžete dále pokračovat ve svém 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.

Léčebný režim a preventivních opatření:

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 uveďte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo lékařskou pohotovostní službu.

Ověření kontraindikací výkonu:

Zakroužkujte u každé položky jednu z možností ANO/NE, případně nechte nezakroužkovanou žádnou možnost, pokud si nejste jistí.

Nahmatala jste si v poslední době v prsech či v podpaží bulku? **Pokud ano, kdy? ANO** kdy..... **NE**

Vyskytla se ve vaší rodině rakovina prsu či vaječníků? **Pokud ano, uveďte věk a kdo.**

ANO Matka Sestra Teta Babička **NE**

Máte prokázanu genetickou mutaci? **Pokud ano, uveďte kterou.** **ANO** mutace v genu **NE**

Byla u vás provedena biopsie z prsu? **ANO** **NE**

Pokud ano, kdy, a na kterém pracovišti s jakým výsledkem? Kde Výsledek.....

	Dopravní zdravotnictví a.s. POLIKLINIKA AGEL Praha Italská Italská 560/37, 121 43 Praha 2 IČ: 25903659	Příloha č. 2 k Vnitřnímu předpisu 019_POS_2025-113
--	---	---

Podstoupila jste v minulosti operaci prsu? **Pokud ano**, z jakého důvodu a kdy? **ANO** **NE**

Důvod..... **Kdy**.....

Poslední mamografie provedena **Kdy**..... **Na kterém pracovišti?**.....

Poslední ultrazvuk prsů proveden **Kdy**..... **Na kterém pracovišti?**.....

Léčíte se s nějakým onemocněním či jste pravidelně sledována na specializovaném pracovišti? **ANO** **NE**

Důvod..... **Kde**.....

Užíváte hormonální antikoncepci? **ANO** **NE**

Užíváte hormonální substituční léčbu (hormonální preparáty v menopauze)? **ANO** **NE**

Máte zavedeno hormonální nitroděložní tělísko? **ANO** **NE**

Pokud menstruuje, uveďte datum poslední menstruace

Máte prsní implantáty? **ANO** **NE**

Mám **kardiostimulátor a /nebo defibrilátor**. (přístroj ovlivňující činnost srdce-„budík“) **ANO** **NE**

Měl(a) jsem dříve implantovaný stimulátor a zbyly mi v těle **elektrody**. **ANO** **NE**

Mám implantovanou **infuzní pumpu** (např. pro dávkování inzulinu). **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 implantát** (přístroj pro podporu slyšení). **ANO** **NE**

Mám **kovové/elektronické/titanové implantáty** (kloubní náhrady, kovové dlahy nebo šrouby). **ANO** **NE**

Mám **sternální implantát** pro léčbu vpadlého hrudníku. **ANO** **NE**

Jsem po operaci aneuryzmatu (výdutě) mozkové tepny. **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, dezinfekci či kontrastní látku.	ANO	NE
Jsem těhotná (pokud ANO, uveďte týden/měsíc) nebo kojím .	ANO	NE
Mám strach z uzavřených prostor (klaustrofobii).	ANO	NE

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

Výška _____cm Váha _____kg

1. Souhlasím/ nesouhlasím* s aplikací gadoliniové kontrastní látky

*)nehodící se škrtněte

Prohlášení

Byl/a jsem podrobně seznámen/a o poskytnutí zdravotní služby (výkonu nebo vyšetření) se všemi alternativami, s jejich výhodami a riziky a měl/la jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud poskytnutá zdravotní služba) nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/la jsem seznámen/na s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní neschopnosti po poskytnutí zdravotní služby (výkonu nebo vyšetření), s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/na s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možností poskytnutí další zdravotní služby (kontrolními výkony nebo vyšetřeními).

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/la a souhlasím s navrhovaným postupem.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zdravotních služeb (zároků) nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní služby (výkony) nutné k záchraně života nebo zdraví.

Pacient/ka: _____ Číslo pojištění: _____

Podpis pacienta/ky: _____ Telefon: _____

Zákonný zástupce: _____ Příbuzenský vztah: _____

	Dopravní zdravotnictví a.s. POLIKLINIKA AGEL Praha Italská Italská 560/37, 121 43 Praha 2 IČ: 25903659	Příloha č. 2 k Vnitřnímu předpisu 019_POS_2025-113
--	---	---

Podpis zákonného zástupce: _____

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

Čitelná e-mailová adresa: _____

Identifikace lékaře: _____

Podpis lékaře/ky: _____

Podpis a identifikace pracovníka MR, který údaje ověřil: _____

V Praze dne: _____ **hod:** _____

Nemůže – li se pacient podepsat (uvedení důvodu):

Pokud pojištěnec s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže záznam podepsat, stvrdí jeho nepochybný projev vůle (kývnutím, pohybem očních víček, končetin atd.) svým podpisem ošetřující lékař a další svědek. V záznamu se uvede způsob, jakým pojištěnec svou vůli projevil a zdravotní důvody bránící podpisu pojištěnce.

Zdravotní důvody bránící podpisu pojištěnce:

Způsob projevu vůle pojištěnce:

Jméno a příjmení (popř. razítko), podpis svědka: