

Dotazník bezpečnosti a informovaný súhlas pred vyšetrením magnetickej rezonanciou (MR) 1,5 T

Magnetická rezonancia je jednoduchá, bezpečná a bezbolestná vyšetrovacia metóda. Vzhľadom na to, že pri vyšetrení sa používa silné magnetické pole, kovové predmety vo vašom tele môžu byť nebezpečné pre Vás a obsluhujúci personál, alebo môžu ovplyvniť výsledok vyšetrenia. Preto Vás prosíme, vyznačte nám tieto dôležité informácie ešte pred tým, než Vás začneme vyšetrovať.

Meno a priezvisko: _____ **Dátum narodenia:** _____

Bydlisko: _____ **Hmotnosť:** _____ **kg**

Dátum posledného MR vyšetrenia: _____ **Objednaný(á) na:** _____

Hospitalizovaný(á) na oddelení / ošetrovaný(á) na ambulancii: _____

Boli ste už na vyšetrení MR?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ste po operácii ciev?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Boli ste už niekedy operovaný (á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ste po operácii srdca?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ste po operácii mozgu?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Liečite sa na ochorenie obličiek?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ste na niečo alergický(á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno na čo?		

Prosím označte, ktoré z uvedených vecí máte a ktoré nemáte:

Pacemaker / kardiostimulátor alebo elektródy po kardiostimuláči.	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Očnú protézu / umelú šošovku	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Inzulínovú pumpu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Endoprotézu – umelý kĺb	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Elektronický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ortopedický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Vnútrošný implantát alebo (načúvací strojček)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Podkožný implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Neurostimulátor	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Kovové črepiny	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Klipy, chirurgické svorky	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Kovové zubné náhrady	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Stenty (rúrka v tele na spojenie dvoch dutých priestorov)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Snímateľnú zubnú náhradu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Vnútrocievne protézy	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Tetovanie	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Vnútrocievny filter	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Permanentný make-up	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Umelú srdcovú chlopňu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Strach z uzavretých priestorov (klaustrofóbia)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Iné kovové predmety alebo implantáty (piercing)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno aké a kde?		
Pre ženy a slečny: je možné, že by ste mohli byť tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Pre ženy: dojčíte?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Bola Vám už pri MR vyšetrení podaná kontrastná látka?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE			
Ak áno, mali ste potom nepríjemné pocity ako teplo, svrbenie, skrátenie dychu, závrate, kolaps?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE			

Počas MR vyšetrenia je niekedy vhodné podať kontrastnú látku. MR kontrastná látka je aplikovaná cez malú ihlu do žily, najčastejšie na predlaktí. Počas podávania kontrastnej látky môžete cítiť vpich a následne pocit „podávania“, ktorý je normálny. MR kontrastná látka je dostatočne bezpečná, ale ako pri akýchkoľvek liekoch i tu je riziko alergickej reakcie. Najčastejší výskyt nežiaducich účinkov je počas prvých 30 minút od podania kontrastnej látky, preto je potrebné, aby ste neopúšťali počas tejto doby MR pracovisko (hospitalizovaní pacienti budú pod kontrolou personálu na odosielaťcom oddelení).

Prosím otočte list

**Dotazník bezpečnosti a informovaný súhlas
pred vyšetrením magneticou rezonanciou (MR) 1,5 T**

Pred vstupom do MR vyšetrovne musíte zo seba odstrániť všetky kovové a elektronické predmety (mince, kľúče, mobilný telefón, sponky do vlasov, zubné náhrady, šperky, prstene, retiazky, platobné karty, čipové karty, dátové nosiče, opasok, pero, načúvací strojček, obuv, oblečenie s kovovými časťami, podprsenku s kosticami, magnety a pod.). Najvhodnejším spodným oblečením je bavlnené tričko, nohavičky, trenky, slipy a ponožky. Potrebne je odstrániť z kože make-up, očné tieny, rúž. Uvedené veci môžu byť príčinou poškodenia Vás alebo iných osôb vo vyšetrovacej miestnosti, prípadne sa môžu poškodiť samotné (elektronika a pod.). V šatni si oblečiete pripravený plášť, ktorý po vyšetrení vrátite.

Lekár, rádiologický technik, sestra alebo zdravotnícky asistent Vás pred vyšetrením oboznámi s priebehom samotného vyšetrenia a poučia Vás o možných rizikách. Zopakujú otázky z tohto dotazníka pre prípad, že by ste na niečo zabudli alebo nevedeli jednoznačnú odpoveď.

V samotnej miestnosti s MR prístrojom budete uložený(á) v ľahu na vyšetrovacie lôžko. Počas samotného vyšetrenia prístroj vydáva rôzne hlasné a nepríjemné zvuky. Preto si musíte chrániť sluch slúchadlami (v niektorých prípadoch štuplami). Počas vyšetrenia dostanete do ruky signalizačný balónik, ktorým dáte vedieť, ak sa vyskytnú nejaké problémy (pálenie, svalové zášklby, nevoľnosť a pod.).

Čas strávený vo vyšetrovacej miestnosti, doba vyšetrenia, je rôzna. Pohybuje sa od 10 minút až do 1 hodiny, v závislosti od toho, aký orgán alebo časť tela sa má vyšetriť. Preto Vás prosíme, aby ste sa na termín vyšetrenia dostavili s časovým predstihom aspoň 15 minút.

Výsledok z vyšetrenia je určený indikujúcemu lekárovi. S obsluhujúcim personálom si prosím dohodnite spôsob prevzatia výsledku:

- prevezmem osobne
- zaslať na adresu bydliska
- zaslať poštou indikujúcemu lekárovi
- iný spôsob _____

Svojím podpisom potvrdzujem, že som dotazník bezpečnosti a informovaný súhlas pred vyšetrením magneticou rezonanciou prečítal(a), porozumel(a) som jeho obsahu a bol(a) som poučený(á) o povahe vyšetrenia magneticou rezonanciou a rizikách s tým spojených. Súhlasím s podaním kontrastnej látky, ak to bude vyšetrenie vyžadovať.

Čestne prehlasujem, že som poistencom zdravotnej poisťovne_____.

V prípade, že tomu tak nie je, zavazujem sa uhradiť spôsobenú finančnú škodu.

Podpis:_____ (vzťah k pacientovi:_____)

Dátum:_____

Dotazník skontroloval(a) a overil(a), podpis:_____