

DOTAZNÍK A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA PRED VYŠETRENÍM MAGNETICKOU REZONANCIOU

Priezvisko a meno:.....	Rodné číslo:...../.....
Bydlisko – ulica(č.d.) :.....	Mesto (obec) :.....
PSČ:	Kontakt – telefón: mail:
Výška :cm	Hmotnosť:Kg
Zdravotná poisťovňa :	

Veľmi dôležité! Nebezpečenstvo vážneho poškodenia zdravia!

Vo vyšetrovacej miestnosti MR pôsobia silné elektromagnetické polia. Kovové predmety môžu byť silno priťahované magnetickým polom, môžu v nich vznikáť elektrické prúdy, môžu sa zahrievať. Môže tým dôjsť k poškodeniu Vašeho zdravia a elektronických prístrojov. Je veľmi dôležité, aby ste pravdivo odpovedali na nasledujúce otázky! Správnu odpoveď označte krížikom do príslušného políčka :

Máte Pacemaker / kardiostimulátor / defibrilátor („strojček“ na srdce)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte svorky, stenty, špirálky po operácii aneuryzmy (cievnej výdute), cievny filter,	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte inzulínovú alebo inú pumpu, alebo iný elektronický prístroj?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte náhrady srdcových chlopní, by-passy, vnútorné elektródy alebo katétre?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte očné protézy fixované drôteným stehom, ušné implantáty, načúvadlá?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte náhrady kĺbov, protézy, ortopedické, chirurg. alebo neurochirurg. implantáty?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte zubné protézy alebo snímateľné zubné náhrady?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte tetovanie, permanentný make-up, piercing?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte v tele Iné kovové alebo magnetické implantáty, predmety (črepina,	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Boli ste už niekedy na MR vyšetrení? Čoho?:	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Bola Vám pri tom podaná kontrastná látka?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Mali ste pri tom nejaké problémy? Aké?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Boli ste niekedy operovaný/á? Napíšte aká a kedy?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Mali ste niekedy oko poranené kovovým predmetom?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Trpíte klaustrofóbiou (strachom z uzavretých priestorov)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ste na niečo alergický/á, liečite sa na bronchiálnu astmu?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte poškodené alebo choré obličky? Pečeň? Trpíte na cukrovku alebo vysoký tlak	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Pre ženy: Ste tehotná? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE Dojčíte?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

Žiadam vyhotoviť obrazovú dokumentáciu na CD/DVD nosič :	2,-€	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Žiadam vyhotoviť dodatočne CD/DVD, alebo každé ďalšie CD/DVD :	5,-€	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

Výsledok vyšetrenia:

Prevezmem osobne	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Zaslať poštou na žiadosť pacienta na hore uvedenú adresu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Zaslať poštou indikujúcemu lekárovi	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Zaslať výsledok elektronickou poštou (mailom)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

Pozor, ďalšie dôležité informácie na druhej strane !!!

Pred vstupom do vyšetrovacej kabíny MR musíte zo seba odstrániť všetky kovové a elektronické predmety (napr. načúvadlo, kľúče, mince, mobil, sponky do vlasov, okuliare, zubné náhrady, šperky, hodiny, platobné karty, dátové nosiče, opasok, perá, obuv a oblečenie s kovovými časťami, podprsenku s kosticami, magnety). Uvedené veci môžu byť príčinou poškodenia Vás alebo iných osôb vo vyšetrovacej kabíne, prípadne sa môžu poškodiť samotné (elektronika, platobné karty,...).

Pri vyšetrení v oblasti hlavy je potrebné odstrániť z kože make-up, očné tienie, rúž.

Počas vyšetrenia si musíte chrániť sluch **slúchadlami** (v niektorých prípadoch štuľami), ktoré Vám nasadí pracovník MR.

Počas vyšetrenia dostanete do ruky **signalizačný balónik**, ktorým nám dáte vedieť, ak sa vyskytnú nejaké závažné problémy (pálenie, nevoľnosť, strach).

V prípade podania **kontrastnej látky** (do žily) sa môžu vyskytnúť nežiadúce účinky, ktoré sú však zriedkavé a väčšinou nezávažné (nevoľnosť, nepríjemné pocity v mieste vpichu, žihľavka, miestny opuch, bolesť hlavy...). Závažné nežiadúce účinky (napr. kardiopulmonálne zlyhanie, šok) sú zriedkavé (pod 0,1%). Najčastejší výskyt nežiadúcich účinkov je počas prvých **30 min. od podania kontrastnej látky**, preto je potrebné, aby ste **neopúšťali počas tejto doby MR pracovisko** (hospitalizovaní pacienti budú pod kontrolou personálu na odosielajúcom oddelení).

Upozornenie:

Pacient je povinný do dňa popisu vyšetrenia priniest obrazovú dokumentáciu predchádzajúcich MR a CT vyšetrení z iného pracoviska. V prípade jej nedodania bude dodatočný porovnávací popis vykonaný za poplatok, podľa platného cenníka Unikliniky.

Čestne prehlasujem, že som poistencom zdravotnej poisťovne

V prípade, že tomu tak nie je, zaväzujem sa, že uhradím finančné škody spôsobené Uniklinike.

Pri plnom vedomí vyhlasujem, že som bol/a podrobne oboznámený/á s MR vyšetrením a súhlasím s ním i s podaním kontrastnej látky, ak to bude nevyhnutné.

Dolu podpísaný pacient: (meno, priezvisko, narodený) týmto potvrdzujem, že som bol zo strany ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka informovaný o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Na základe tohto poučenia dávam týmto svojím podpisom súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo vyššie uvedené poučenie. Prečítal/a som si a pochopil/a obsah dotazníka a informovaného súhlasu, na prípadné nejasnosti som sa mohol/a opýtať a boli mi objasnené. Dotazník som vyplnil/a pravdivo. Beriem na vedomie možné riziko a komplikácie daného výkonu. Nezamlčal/a som žiadne mne známe údaje o svojom zdravotnom stave, ktoré by mohli nepriaznivo ovplyvniť moju liečbu, či ohroziť moje okolie. Som si vedomý/á, že v dôsledku odmietnutia tohto vyšetrenia nemusí byť diagnostikované závažné ochorenie a začatá včasná liečba, čím môže byť vážne ohrozené moje zdravie.

V :	Dňa :
Pracovník MR :	Podpis pacienta :