

**DOTAZNÍK A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA PRED VYŠETRENÍM
MAGNETICKOU REZONANCIOU**

Priezvisko a meno:.....		Rodné číslo:...../.....	
Bydlisko – ulica(č.d.) :.....		Mesto (obec) :.....	
PSČ:		Kontakt – telefón:	
		mail:	
Hmotnosť:Kg	Výška :cm	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 vznikať elektrické prúdy, môžu sa zahrievať. Môže tým dôjsť k poškodeniu Vášho 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, shunt?	<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) projektil...atď)?	<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 operácia 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 krvi?	<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 :	3,-€	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Žiadam vyhotoviť dodatočne CD/DVD, alebo každé ďalšie CD/DVD :	3,-€	<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	3,-€	<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 tiene, rúž.

Počas vyšetrenia si musíte chrániť sluch slúchadlami (v niektorých prípadoch štuplami), 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 priniesť 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 :

ZDRAVÝ ŽIVOT, s.r.o uniKLINIKA kardinála Korca Nie sme platcami DPH Nábřežná ul. č. 5 971 01 Prievidza	IČO: 36 780 103 DIČ: 2022392911 Obchodný register Okr. súdu TRENČÍN Oddiel Sro, vložka č.: 17847/R IBAN: SK78 1100 0000 0026 2705 1070	Medicínske centrum uniKLINIKA kardinála Korca tel. kontakt: 046/5113 100, 5113 105 e-mail: uniklinika@uniklinika.sk www.uniklinika.sk
---	--	---