

Dotazník pacienta před vyšetřením MR a souhlas s podáním KL nitrožilně

(stává se součástí dokumentace)

<i>Jméno, příjmení pacienta:</i>		<i>Datum narození:</i>
<i>Výška/váha pacienta – pacient udává:</i>		

Pacient má:	NE	ANO
kardiostimulátor		
kochleární implantát		
implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD)		
neurostimulátor		
implantovaný kovový materiál před méně než dvěma měsíci		
I. trimestr těhotenství		
chlopenní náhradu, cévní svorky		
inzulínovou pumpu		
kontaktní čočky		
kovové cizí tělesa v těle (úlomky, střepiny)		
fixní rovnátka		
klaustrofobii		
nitroděložní tělísko		
hormonální terapii		
menopausu		
menstruaci - den cyklu 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17		

<i>Aplikace KL a možné komplikace:</i>	V některých případech je nutná nitrožilní aplikace kontrastní látky, o které rozhoduje vyšetřující lékař. Alergické reakce na kontrastní látky užívané při MR jsou velmi vzácné a MR pracoviště je vybaveno k jejich zvládnutí. Pokud by se po vyšetření s kontrastní látkou dostavily možné projevy alergie (kožní vyrážka, nevolnost, dušnost) až mimo areál MR, okamžitě uveďte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo (po ambulantním MR vyšetření) lékařskou pohotovostní službu!
<i>Upozornění:</i>	Kojící matky po vyšetření s kontrastní látkou přeruší kojení na 24 hodin.
<i>Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:</i>	Já pacient (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl(a) jasnou a mně srozumitelnou formou informován(a) o vyšetřovacím postupu. Prohlašuji, že jsem všem informacím jasně porozuměl(a), jsem obeznámen(a) s postupem i komplikacemi výkonu. Rovněž mi bylo umožněno klást otázky a diskutovat s lékařem o této problematice. S provedením vyšetření magnetickou rezonancí, případně s aplikací kontrastní látky nitrožilně souhlasím. Svým podpisem stvrzuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, a že mi bylo umožněno přečíst si písemné informace o vyšetření MR.
<i>Datum:</i>	
<i>Podpis pacienta /zákonného zástupce/:</i>	
<i>Pacient není schopen se vyjádřit – uvést důvod:</i>	
Kontraindikace vyšetření magnetickou rezonancí nebyly shledány.	
<i>Podpis radiol. asistenta</i>	
<i>Podpis lékaře (ve sporných případech)</i>	