

Dotazník pacienta před vyšetřením MR a souhlas s podáním KL nitrožilně

(stává se součástí dokumentace)

Jméno, příjmení
pacienta:

Výška/váha pacienta –
pacient udává:

Datum narození:

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

Aplikace KL a možné
komplikace:

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 uvědomte Vašeho ošetřujícího lékaře nebo (po ambulantním MR vyšetření) lékařskou pohotovostní službu!

Upozornění:

Kojící matky po vyšetření s kontrastní látkou přeruší kojení na 24 hodin.

Vyslovení souhlasu
pacienta s provedením
zdravotního výkonu:

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.

Datum:

Podpis pacienta

/zákonného zástupce/:

Pacient není schopen se
vyjádřit – uvést důvod:

Kontraindikace vyšetření magnetickou rezonancí nebyly shledány.

Podpis radiol. asistenta:

Podpis lékaře

(ve sporných případech)