

Informovaný souhlas s výkonem / Informed Consent to Procedure

Magnetická rezonance / Magnetic resonance Imaging

Identifikační údaje pacienta/pacientky: / Identification data of the patient:

Příjmení/ Surname:	Jméno/ Name:	Titul/ Degree:	RČ/ Birth No.:	RID:
--------------------	--------------	----------------	----------------	------

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení/ Surname:	Jméno/Name:	Titul/ Degree::	RČ/ Birth No.:	RID:
--------------------	-------------	-----------------	----------------	------

Vážená paní, Vážený pane,

máte nezadatelné právo podílet se na diagnostickém a léčebném postupu, který Vám byl s ohledem na zdravotní stav Váš/Vašeho dítěte navržen. Máte také právo být ještě před Vaším rozhodnutím o těchto postupech informován/a.

Výše uvedený zdravotní zákrok Vám byl lékařem indikován s ohledem na Váš současný zdravotní stav.

1. Účel výkonu

Prokázání a zhodnocení možné choroby ve vyšetřované oblasti nebo kontrola a posouzení již známých změn.

Magnetická rezonance je zákrok, při kterém nejste vystaveni rentgenovému záření. Budete umístěn/a v silném magnetickém poli, kde se získává obraz vyšetřované oblasti. U některých typů vyšetření je nutné nitrožilní podání kontrastní látky, která výrazně zlepšuje zobrazení tkání. Vyšetření je nebolestivé.

Pokud máte voperovaný kardiostimulátor, neurostimulátor nebo kardioverter, nesmí se toto vyšetření provést! V magnetickém poli dojde k selhání kardiostimulátoru.

2. Alternativy výkonu a jejich možné komplikace a rizika

Nejsou žádné možné alternativy výkonu.

3. Jaký je předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření indikuje ošetřující lékař s cílem zjistit příčinu Vašich potíží (onemocnění centrálního nervového systému – mozku a míchy, páteře, onemocnění orgánů dutiny břišní a pánve, onemocnění svalů, kloubů, kostí a cév).

4. Jaký je režim před výkonem

2–3 hodiny před vyšetřením nejezte, nepijte, nekuřte. Před vyšetřením odstraňte z těla všechny kovové a elektronické předměty (naslouchadla, klíče, mince, mobil, sponky do vlasů, brýle, zubní náhrady, šperky, hodinky, platební karty, datové nosiče, opasek, pero, obuv, oblečení s kovovými částmi, podprsenku, magnety).

Během vyšetření si musíte chránit sluch, proto Vám laborant nasadí sluchátka.

Dear Madam, dear Sir,

You have the inalienable right to participate in the diagnostic and therapeutic procedure that has been proposed for your child based on his/her health. You have are also the right to be informed on the procedures before you decide.

The medical procedure specified above has been indicated by your doctor based on your current health.

1. Purpose of the procedure

Detection and assessment of a possible disease in the examined area or monitoring and assessment of already known alterations.

Magnetic resonance imaging is a procedure where you are not exposed to X-rays. You will be placed in a strong magnetic field where the examined area is imaged. Some types of examinations require the intravenous administration of a contrast agent, which significantly improves the visualization of tissues. The examination is painless.

If you have an implanted pacemaker, neurostimulator or cardioverter, you must not undergo this examination! The pacemaker would fail in the magnetic field.

2. Alternatives to the procedure and their possible complications and risks

There are no possible alternatives to the procedure.

3. What is the expected benefit of the procedure

You were referred for the examination by your attending physician to determine the cause of your problems (diseases of the central nervous system - brain and spinal cord, spine, diseases of the organs of the abdominal cavity and pelvis, diseases of muscles, joints, bones and blood vessels).

4. Regimen before the procedure

Do not eat, drink or smoke for 2-3 hours before the examination.

Before the examination, it is necessary to remove all metal and electronic objects from your body (hearing devices, keys, coins, mobile phone, hair clips, glasses, dentures, jewellery, watches, payment cards, data carriers, belt, pen, shoes, clothing with metal parts, bra, magnets).

You will have to protect your hearing during the examination. The laboratory technician will give you headphones.

5. Jaký je postup při provádění výkonu

Při vyšetření ležíte ve vyšetřovacím tunelu v poloze na zádech. Délka vyšetření se pohybuje od 20 do 45 minut podle typu vyšetření. Během vyšetření je nutné ležet v naprostém klidu. Během vyšetření dostanete do ruky signalizační balónek, kterým nám dáte vědět, pokud se vyskytnou nějaké problémy – pálení, svalové záškuby, nevolnost.

Důležité:

Během výkonu se nedotýkejte navzájem různými částmi těla (např. ruka – stehno, ruce nebo nohy navzájem). Neklidní pacienti, malé děti a pacienti trpící klaustrofobií (strachem ze stísněných prostor) jsou po domluvě s lékařem vyšetřeni v celkové anestezii či analgosedaci – za dohledu anesteziologa.

6. Jaké jsou možné komplikace a rizika zvoleného výkonu

Velmi ojediněle může dojít k alergické reakci po nitrožilním podání kontrastní látky. Tyto reakce se vyskytují zřídka, jsou většinou nezávažné (nevolnost, nepříjemný pocit v místě vpichu, kopřivka, otok, bolest hlavy). Závažné komplikace jako například kardiopulmonální selhání se vyskytuje velmi vzácně – méně než 0,1 % případů.

7. Jaký je režim po provedení výkonu

Pokud Vám byla nitrožilně podána kontrastní látka, 10–15 minut po vyšetření setrváte v čekárně pod zdravotnickým dohledem. Doporučujeme tento den zvýšený příjem tekutin.

8. Jaká jsou možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a případné změny zdravotní způsobilosti

Žádné.

9. Jaký je léčebný režim, případná preventivní opatření a provedení kontrolního výkonu

Žádný.

5. What is the procedure during the surgery

You will lie on your back in the examination tunnel during the examination. The duration of the examination varies from 20 to 45 minutes, depending on the type of the examination. It is necessary to lie completely still during the examination. You will be given a signalling balloon to let us know if there are any problems during the examination - burning, muscle twitching, nausea.

Important:

Try to prevent the contact of different parts of the body (e.g. hand - thigh, hands or legs). The physician may recommend that restless patients, small children and patients suffering from claustrophobia (fear of confined spaces) are examined under general anaesthesia or analgosedation under the supervision of an anaesthesiology specialist.

6. What are the possible complications and risks of the procedure selected

An allergic reaction may develop after the intravenous administration of a contrast agent in very rare cases. These reactions occur rarely and are mostly minor (nausea, discomfort at the injection site, hives, swelling, headache). Serious complications such as cardiopulmonary failure are very rare - less than 0.1% of cases

7. Regimen after the procedure

If you were administered an intravenous contrast agent, you will stay in the waiting room under medical supervision for 10-15 minutes after the examination. We recommend increased fluid intake during this day.

8. Possible limitations to your normal way of life, working ability and possible changes in your medical fitness

None.

9. Treatment regimen, possible preventive measures and follow-up procedure

None.

Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte, prosím, následující otázky (odpovídající odpověď zakroužkujte):

To minimize the risk of complications, answer the following questions (circle the appropriate answer):

Trpím alergií na léky. Pokud ano, uveďte, na které: I have drug allergies. If so, please specify:	ANO YES	NE NO
Trpím alergií na potraviny. Pokud ano, uveďte, na které: I have food allergies. If so, please specify:	ANO YES	NE NO
Mám kardiostimulátor. I have a pacemaker.	ANO YES	NE NO
Mám svorky, stenty, spirály po operaci cévní výdutě, cévní filtr. I have clamps, stents, coils after aneurysm surgery, vascular filter.	ANO YES	NE NO
Mám inzulinovou pumpu, nebo jinou. I have an insulin or another pump implanted.	ANO YES	NE NO



Mám jakýkoliv typ biostimulátoru, nebo jiný elektronický strojek. I have any type of biostimulator or other electronic device.	ANO YES	NE NO
Mám jakýkoliv typ vnitřních elektrod nebo katetrů. I have any type of internal electrodes or catheters.	ANO YES	NE NO
Mám chirurgické svorky, kovové stehy. Pokud ano, uveďte kde: I have surgical staples, metal sutures. If so, please specify where:	ANO YES	NE NO
Mám oční protézy, ušní implantáty, naslouchadla. I have eye prostheses, ear implants, hearing aids.	ANO YES	NE NO
Mám náhrady srdečních chlopní, by-passy. I have a heart valve replacement, bypass.	ANO YES	NE NO
Mám náhrady kloubů, protézy. I have an artificial joint, prosthesis.	ANO YES	NE NO
Mám ortopedické, chirurgické a neurochirurgické implantáty. I have orthopedic, surgical and neurosurgical implants.	ANO YES	NE NO
Mám jiné kovové nebo magnetické implantáty, předměty, poranění střepinami, projektily. I have other metal or magnetic implants, objects, shrapnel, projectile injuries.	ANO YES	NE NO

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu a dále způsob jeho provedení a možné alternativy, komplikace alternativních výkonů a rizika při neprovedení navrhovaného výkonu. Měl/a jsem možnost zptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel (a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

I declare that I have been properly explained the reason, expected benefit, consequences and possible risks and complications of the planned procedure, the way the procedure would be performed, any existing alternatives, complications of the alternative procedures and the risk arising if the proposed procedure is omitted. I had the opportunity to ask the doctor questions about anything I found important regarding the planned procedure, and I received an explanation which I understood. I agree with the procedure stated above.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zdravotních zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím, aby tyto výkony byly provedeny.

I declare that in the event of any unexpected complications requiring urgent additional medical interventions necessary to save my life or health, I agree to such interventions.

Souhlasím / I agree

Datum/ Date:	Podpis pacienta/ky/zákonného zástupce: Signature of patient / legal representative:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor / Identification and signature of the physician who provided the instruction/explanation:
Čas / Time:		

Dodatek: Pokud se nemůže pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, ale je schopen jiným způsobem vyjádřit svou vůli, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli:

Supplement: If the patient cannot sign but is able to express his/her will in another way, the document shall be signed by another healthcare professional and the reasons why the patient could not sign shall be stated together with the way the patient manifested his/her will:

.....
Datum a čas/ Date and time: Podpis svědka/Signature of a witness:

Nesouhlasím (na vyslovení nesouhlasu navazuje podpis negativního reversu)

Datum/Date: Čas/Time:	Podpis pacienta/ky/zákonného zástupce/ Signature of patient / legal representative:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor/ Identification and signature of the physician who provided the instruction/explanation:
--------------------------	--	---