



## Dotazník před vyšetřením magnetickou rezonancí (MR)

Příjmení a jméno ..... Rodné číslo .....

Hmotnost ..... kg

Výška ..... cm

Email : .....

Tel. č.: .....

### **Dotazník vyplňujte pečlivě a pravdivě!**

Pokud zaškrtnete **ANO**, vždy uveďte bližší údaje (o jaký implantát jde, datum operace apod.)

Máte zavedený <b>kardiostimulátor</b> nebo defibrilátor (=ICD, kardioverter)? Nebo Vám byl vyjmut?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Jste po operaci výdutě mozkové tepny (aneuryzmatu)? Kdy?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Jste po jiné operaci (např. srdeční chlopně, srdečního by-passu, operaci mozku, cév, oka, ledvin)? Kdy?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Jste po operaci umělého kloubu nebo zlomeniny kosti (kloubní náhrady, kovové dlahy, šrouby)? Kdy?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Máte cévní výztuž (stent, spirálky) nebo žilní filtr?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Jste nositelem elektronických implantátů (inzulínová pumpa, kochleární implantát, naslouchadlo)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Máte kovovou střepinu v oku nebo cizí kovový předmět v těle (jehlu, drát, dlahu, kovovou střepinu, broky)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Máte vyjímatelnou zubní protézu, rovnátka nebo kovový můstek?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Máte na těle tetování nebo piercing?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Léčíte se se závažným onemocněním ledvin nebo jste diabetik?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Trpíte významnou alergií (včetně kontrastních látek)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Kojíte nebo jste <b>těhotná</b> ? Pokud ano, kolik týdnů?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Chci popis vyšetření lékařem? Pokud NE, který lékař bude popisovat vyšetření	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Trpíte klaustrofobií?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>

Prohlašuji, že jsem textu plně porozuměl (a) a souhlasím s navrhovaným vyšetřením.

Datum a podpis pacienta (příp. zákonného zástupce) .....

**Kontraindikace k MR vyšetření byly shledány (vyplní naše pracoviště)** NE  ANO

**Krátká osobní anamnéza:** .....

**Podpis radiologického asistenta** .....



PALAS ATHÉNA S.R.O.  
RADIOLOGICKÉ ODDĚLENÍ

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VYŠETŘENÍM NA MAGNETICKÉ REZONANCI

Jméno a příjmení pacienta: .....

Datum narození: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

### **MR vyšetření:**

Vyšetřovací metoda pracuje na principu vodíkových protonů v silném magnetickém poli, současně se používá elektromagnetická energie – dosud nebyly prokázány škodlivé biologické účinky této metody. Přesto se raději vyhýbáme vyšetření těhotných žen v prvních měsících těhotenství.

**Na vyšetření MR se dostavte o 15 minut dříve.** Je vhodné nechat šperky a cennosti doma. V případě nemoci či jiného důvodu bránícího Vám dostavit se na vyšetření, nás, prosím, kontaktujte!

Tel.číslo: 227 020 125.

### **Příprava pacienta:**

Vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu. Pokud máte vyšetření v oblasti hlavy, přijďte nenalícené. V případě, že nosíte naušnice, řetízky, prstýnky nebo hodinky, je nutné je před vyšetřením sundat! Pokud na oblečení máte kovové součásti (pásky, cvočky, háčky, apod.), je nutné toto oblečení svléknout. Vyšetřovaná oblast musí být obnažena, na zbytek těla si zvolte pohodlné oblečení bez kovových součástí.

### **Popis zdravotního výkonu:**

Při vlastním vyšetření budete ležet na vyšetřovacím stole v silném magnetickém poli. Proměnná pole vytvářejí značný hluk. Tento hluk tedy k vyšetření patří a není známkou poruchy přístroje. Okolo vyšetřované části těla Vám bude umístěna cívka, která přijímá odezvu z vyšetřované tkáně. Vyšetření obvykle trvá 40-60 minut a během něj je potřeba ležet bez pohybu (pokud máte silné bolesti je vhodné užití analgetik – konzultujte s indikujícím lékařem).

---

**Já, níže podepsaný pacient / zákonný zástupce tímto prohlašuji,**

že jsem byl/a dne ..... náležitě a srozumitelně informován/a s typem lékařského vyšetření, a to takovým způsobem, který je, podle mého soudu, pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu, nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na vyšetření.

Podpis pacienta/zákonného zástupce: ..... Datum: .....