



Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jégého Dolný Kubín

ul. Nemocničná 1944/10, 026 01 Dolný Kubín

v zriaďovacej pôsobnosti Žilinského samosprávneho kraja



Dotazník bezpečnosti a informovaný súhlas podľa §6 zákona 576/2004 z.z. pred vyšetrením magnetickou rezonanciou (MR) 1,5 T rádiologické oddelenie, DONsP MUDr. L. N. Jégého, Dolný Kubín

..... Meno pacienta

Vo vyšetrovacej MR miestnosti pôsobia silné elektromagnetické polia. Aby sa predišlo poškodeniu Vášho zdravia alebo ohrozenia života, musíte pravdivo odpovedať na nasledujúce otázky (označte krížikom):

- Máte pacemaker / kardiostimulátor / defibrilátor („strojček“ na srdce) ? áno nie
- Máte inzulínovú alebo inú pumpu ? áno nie
- Máte očné protézy, očné šošovky fixované drôteným stehom ? áno nie
- Máte akýkoľvek typ biostimulátora alebo iný elektronický prístroj áno nie
- Máte kovový implantát alebo protézu (ako napr. vnútroušný naslúchací aparát, umelú srdcovú chlopňu alebo kĺbovú protézu) ? áno nie
- Máte v tele kúsky kovu (črepiny, piercing, kostné klince) áno nie
- Máte tetovanie, permanentný make-up áno nie
- Mali ste operáciu srdca alebo hlavy? áno nie
- Môžete vylúčiť tehotenstvo ? áno nie
- Máte alergiu, astmu, alebo neznášanlivosť liekov ? áno nie
- Máte zubnú protézu a snímateľné zubné náhrady? áno nie
- Liečite sa na obličky ? áno nie
- Máte momentálne zvýšenú telesnú teplotu / horúčku? áno nie
- Trpíte klaustrofóbiou / strach z uzavretých priestorov /? áno nie

Nevstupujte do vyšetrovacej kabíny, ak máte pochybnosti v niektorých vyššie uvedených otázkach !

Kovové predmety môžu byť silno priťahované magnetickým polom, môžu v nich vznikajú elektrické prúdy, môžu sa zahrievať. Môže dôjsť k poškodeniu zdravia a elektronických prístrojov.

Pred vstupom do MR vyšetrovne musíte zo seba odstrániť všetky **kovové a elektronické predmety** (mince, kľúče, mobilný telefón, sponky do vlasov, zubné náhrady, šperky, prstene, retiazky, platobné karty, čipové karty, dátové nosiče, opasok, pero, načúvací strojček, obuv, oblečenie s kovovými časťami, podprsenku s kosticami, magnety a pod.). Najvhodnejším spodným oblečením je bavlnené tričko, nohavičky, trenky, slipy a ponožky. **Potrebné je odstrániť z kože make-up, očné tiene,**

růž. Uvedené věci môžu byť príčinou poškodenia Vás alebo iných osôb vo vyšetrovacej miestnosti, prípadne sa môže poškodiť samotné zariadenie (elektronika a pod.). V šatni si oblečiete pripravený plášť, ktorý po vyšetrení vrátite.

Lekár, rádiologický technik, sestra alebo zdravotnícky asistent Vás pred vyšetrením oboznámia s priebehom samotného vyšetrenia a poučia Vás o možných rizikách. Zopakujú otázky z tohto dotazníka pre prípad, že by ste na niečo zabudli alebo nevedeli jednoznačnú odpoveď.

V samotnej miestnosti s MR prístrojom budete uložený(á) v ľahu na vyšetrovacie lôžko. Počas samotného vyšetrenia prístroj vydáva rôzne hlasné a nepríjemné zvuky. Preto si musíte chrániť sluch **slúchadlami** (v niektorých prípadoch štuľami). Počas vyšetrenia dostanete do ruky **signalizačný balónik**, ktorým dáte vedieť, ak sa vyskytnú nejaké problémy (pálenie, svalové záškľby, nevoľnosť a pod.). Počas vyšetrenia sa nedotýkajte navzájom rôznymi časťami tela / napr. ruka/stehno, ruky alebo nohy navzájom /.

V prípade **podania kontrastnej látky** / do žily / sa môžu ako u každého lieku vyskytnúť nežiadúce účinky, ktoré sú však zriedkavé a väčšinou nezávažné (nevoľnosť, nepríjemné pocity v mieste vpichu, žihľavka, bolesť hlavy..) Závažné nežiadúce účinky (kardiorespiračné zlyhanie, šok) sú veľmi zriedkavé (pod 0,1 %).

Doba vyšetrenia, je rôzna. Pohybuje sa od 10 minút až do 45 minút, v závislosti od toho, aký orgán alebo časť tela sa má vyšetriť.

Výsledok z vyšetrenia je určený indikujúcemu lekárovi. S obsluhujúcim personálom si prosím dohodnite spôsob prevzatia výsledku:

- *prevezmem osobne*
- *zaslať na adresu bydliska*
- *zaslať poštou indikujúcemu lekárovi*
- *iný spôsob* _____

Svojím podpisom potvrdzujem, že som dotazník bezpečnosti a informovaný súhlas pred vyšetrením magnetickou rezonanciou prečítal/a/, porozumel/a som jeho obsahu a bol/a som poučený/á o povahe vyšetrenia magnetickou rezonanciou a rizikách s tým spojených. Súhlasím s podaním kontrastnej látky, ak to bude vyšetrenie vyžadovať. O podaní kontrastnej látky rozhoduje vyšetrujúci lekár.

Čestne prehlasujem, že som poistencom zdravotnej poisťovne _____.

V prípade, že tomu tak nie je, zaväzujem sa uhradiť spôsobenú finančnú škodu Vášmu zdravotníckemu zariadeniu.

Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v neskorších predpisov.

Podpis pacienta / zákonného zástupcu : _____

Dátum: _____

Dotazník skontroloval(a) a overil(a), podpis: _____