

## DOTAZNÍK a INFORMOVANÝ SÚHLAS PRE PACIENTOV PRED MR VYŠETRENÍM

Meno a priezvisko: ..... Rodné číslo: .....

Zdravotná poisťovňa: .....

Bydlisko (PSC): .....

Telefón ..... email: .....

Hmotnosť ..... kg Výška ..... cm

**Vo vyšetrovacej MR kabíne pôsobia silné elektromagnetické polia. Aby sa predišlo Vášmu poškodeniu, musíte pravdivo odpovedať na nasledujúce otázky (označte krížikom):**

Máte vo / na svojom tele nasledujúce:

- |                                                                                           |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1.) Pacemaker / kardiostimulátor / defibrilátor („strojček“ na srdce)                     | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 2.) Svorky, stenty, špirálky po operácii aneuryzmy (cievnej výdute), cievny filter, shunt | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 3.) Inzulínová alebo iná pumpa                                                            | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 4.) Akýkoľvek typ biostimulátora alebo iný elektronický prístroj                          | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 5.) Akýkoľvek typ vnútorných elektród alebo katétrov                                      | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 6.) Chirurgické svorky, kovové stehy (kde?)                                               | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 7.) Očné protézy, šošovky fixované drôteným stehom, ušné implantáty, načúvadlá            | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 8.) Náhrady srdcových chlopní, by-passy                                                   | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 9.) Vnútromaternicové teliesko, pesar, prsníkové implantáty                               | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 10.) Náhrady kíbov, protézy                                                               | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 11.) Ortopedické, chirurgické a neurochirurgické implantáty                               | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 12.) Zubné protézy a snímateľné zubné náhrady                                             | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 13.) Náplaste (nikotínové, hormonálne, ...), podkožné implantáty, piercing                | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 14.) Tetovanie, permanentný make-up                                                       | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |

**15.) Iné kovové alebo magnetické implantáty, predmety, poranenia kovovými predmetmi (črepina, projektil, ...)** ☐ áno ☐ nie

**16.) Pacienti s VP (ventrikuloperitoneálnou) drenážou** - musia ísť pred a po vyšetrení na neurochirurgickú kontrolu. ☐ áno ☐ nie

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

### ODPOVEDZTE NA NASLEDUJÚCE OTÁZKY (označte krížikom):

- |                                                                        |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1.) Boli ste už niekedy na MR vyšetrení?                               | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 2.) Mali ste pri tom nejaké problémy?                                  | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 3.) Bola Vám pri tom podaná kontrastná látka vnútrožilovo ?            | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 4.) Mali ste v minulosti nežiadúcu reakciu na kontrastnú látku pri MR? | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 5.) Boli ste niekedy operovaný/á? Na čo?.....Kedy? .....               | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 6.) Mali ste niekedy oko poranené kovovým predmetom?                   | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 7.) Trpíte klaustrofóbiou (strachom z uzavretých priestorov)?          | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |
| 8.) Máte alergiu na lieky, potraviny?                                  | <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie |

9.) Máte poškodené alebo choré obličky? Pečeň?

☐ áno ☐ nie

10.) Užívate v súčasnosti nejaké lieky? Aké? .....

☐ áno ☐ nie

### **Pre ženy**

1.) Ste tehotná alebo pravdepodobne tehotná?  
nie

☐ áno ☐

2.) Dojčíte v súčasnosti dieťa?

☐ áno ☐ nie

**Pred vstupom do vyšetrovacej kabíny MR musíte zo seba odstrániť všetky kovové a elektronické predmety** (napr. načúvadlo, kľúče, mince, mobil, sponky do vlasov, okuliare, zubné náhrady, šperky, hodiny, platobné karty, dátové nosiče, opasok, perá, obuv a oblečenie s kovovými časťami, podprsenku s kosticami, magnety). **Ďalej je potrebné odstrániť z kože make-up, očné tieň, rúž.**

**Uvedené veci môžu byť príčinou poškodenia Vás alebo iných osôb vo vyšetrovacej kabíne, prípadne sa môžu poškodiť samotné alebo poškodiť MR prístroj!!!**

Počas vyšetrenia si musíte chrániť sluch **slúchadlami**, ktoré Vám nasadí pracovník MR.

Počas vyšetrenia dostanete do ruky **signalizačný balónik**, ktorým nám dáte vedieť, ak sa vyskytnú nejaké problémy (pálenie, svalové záškľby, nevoľnosť, ...). Je dôležité, aby ste sa počas vyšetrenia nedotýkali navzájom rôznymi obnaženými časťami tela, nekrižte ruky a nohy.

Súčasťou vyšetrenia môže byť vnútrožilové podanie kontrastnej látky s obsahom gadolína. V prípade podania **kontrastnej látky** (do žily) sa môžu vyskytnúť nežiaduce účinky, ktoré sú však zriedkavé a väčšinou nezávažné (nevoľnosť, nepríjemné pocity v mieste vpichu, žihľavka, miestny opuch, bolesť hlavy...). Závažné nežiaduce účinky sú zriedkavé (pod 0,1%). Najčastejší výskyt nežiaducich účinkov je počas prvých **30 min. od podania kontrastnej látky**, preto je potrebné, aby ste **neopúšťali počas tejto doby MR pracovisko** (hospitalizovaní pacienti budú pod kontrolou personálu na odosielajúcom oddelení).

Pred MR vyšetrením bola realizovaná antialergická príprava

☐ áno ☐ nie

Ak áno, napíšte čo bolo podané:

### **Upozornenie:**

**Pacient je povinný do dňa popisu vyšetrenia priniesť obrazovú dokumentáciu z predchádzajúcich MR a CT vyšetrení.**

**Čestne prehlasujem, že som si tento dokument pred vyšetrením prečítal/-a, jeho obsahu som porozumel/-a a uvedené údaje sú pravdivé. Na prípadné nejasnosti som sa mohol/ mohla opýtať a boli mi objasnené. Nie sú mi známe žiadne okolnosti, pre ktoré by mi vyšetrenie nemohlo byť zrealizované. Súhlasím s podaním kontrastnej látky, ak to bude vyšetrenie vyžadovať. O podaní kontrastnej látky rozhodne lekár.**

**V zmysle § 6 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov.**

Výsledok vyšetrenia je určený indikujúcemu lekárovi. Výsledok si:

☐ prevezmem osobne      ☐ zaslať šifrovane emailom      ☐ zaslať poštou na adresu

☐ zaslať indikujúcemu lekárovi emailom na adresu .....

V deň vyšetrenia som prevzal obrazovú dokumentáciu na CD nosiči. ....

V Liptovskom Mikuláši, dňa .....

Podpis pacienta .....  
/ zákonného zástupcu

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

Podpis osoby, ktorá skontrolovala dotazník (sestra/RDG asistent) .....