m e d i h o p e

POUČENÍ A SOUHLAS S VYŠETŘENÍM MAGNETICKOU REZONANCÍ (MR)

Pacient(ka): ..... rod. číslo: ..... zdrav. pojišťovna: .....
titul, jméno, příjmení

Adresa: ..... PSČ: ..... váha: .....

Vážená paní, vážený pane,
v průběhu vyšetření na našem oddělení MR se budete nacházet v silném magnetickém poli a současně budete vystaven(a) vysokofrekvenčním elektromagnetickým impulzům. Než vstoupíte do vyšetřovny, **ODLOŽTE v kabince: hodinky, klíče, drobné kovové mince, šperky, vlásenky, opasek s kovovou přezkou, naslouchadla, inzulínovou pumpu, kontaktní čočky, brýle, zubní protézy, bankovní karty s magnetickým proužkem, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky apod.!!!**

Prosím zaškrtněnte, zda máte:

- ☐ ANO ☐ NE Kardiostimulátor, kardioverter-defibrilátor
- ☐ ANO ☐ NE Neurostimulátor
- ☐ ANO ☐ NE Náhrada srdeční chlopně
- ☐ ANO ☐ NE Stenty (náhrady cév), by-pass
- ☐ ANO ☐ NE Kovové kloubní náhrady - šrouby, dráty
- ☐ ANO ☐ NE Kovové svorky po operaci mozku, cév
- ☐ ANO ☐ NE Kovové střepiny v **oku** nebo jinde v těle
- ☐ ANO ☐ NE Kochleární (ušní) implantát
- ☐ ANO ☐ NE Inzulínová pumpa, venosní porty
- ☐ ANO ☐ NE Naslouchadlo, kontaktní čočky, piercing
- ☐ ANO ☐ NE Fixní rovnátka
- ☐ ANO ☐ NE Jste těhotná?
- ☐ ANO ☐ NE Prodělal(a) jste v dospělosti infekční žloutenku
- ☐ ANO ☐ NE Trpíte onemocněním ledvin, jste dialyzován(a)
- ☐ ANO ☐ NE Alergie na léky, příp. kovy (pokud ano, jaká)
  .....

Jiné implantáty v těle (jaké): .....

Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta může způsobit vážný úraz!!!
Máte-li nitroděložní tělísko (IUD), doporučujeme po vyšetření MR kontrolu u gynekologa.

Pokyny před vyšetřením:
Vyšetření magnetickou rezonancí se provádí v několika sériích, trvá cca 20 - 60 minut a není bolestivé. V průběhu vyšetření uslyšíte velmi silné zvukové efekty, před nimiž budete chráněn(a) špunty do uší nebo sluchátky. Po dobu vyšetření s Vámi bude komunikovat personál.
Během vyšetření musíte ležet klidně a nehýbat se. Případnou klaustrofobii hlaste již při objednání, aby Vám mohla být v dostatečném časovém předstihu nasazena medikamentózní léková prevence (léky Vám doporučí praktický nebo ošetřující lékař). V některých případech je nutná nitrožilní aplikace kontrastní látky, o níž rozhodne lékař.
Pokud Váš nález předpokládá další vyšetření s časovým odstupem a Vy nemůžete toto vyšetření absolvovat na našem pracovišti, vyhledejte, prosím, tuto péči ve zdravotnickém zařízení stejné, nebo vyšší úrovně.

Prohlašuji, že jsem poučení rozuměl(a), **nemám kardiostimulátor** a souhlasím s vyšetřením i s podáním kontrastní látky.

☐ v Olomouci ☐ v Prostějově dne: .....

.....
podpis pacienta
nebo jeho odpovědného zástupce

Převzal(a): .....

MEDIHOPE s.r.o., pracoviště Magnetická rezonance

– **Marie Majerové 972/2a**, 798 11 Prostějov - Vrahovice, Česká republika
mobil: +420 737 21 21 22, +420 736 624 376, e-mail: medihope@medihope.cz
– **Heyrovského 547/1a, (Za Hotelovým domem - cca 50 m)**, 779 00 Olomouc, Česká republika
mobil: +420 737 532 232, telefon: 585 207 638, e-mail: recepce-ol@medihope.cz