

## Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта) з проведенням магнітно-резонансної томографії

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Висота:	Вага:
Пацієнт – Ім'я та прізвище:	
Ім'я законного представника (опікуна):	Персональний номер:

### Назва процедури

**Магнітно-резонансна томографія (Magnetická rezonance)**

### Мета процедури

Візуалізація використовує зміни магнітних полів у тканинах людського тіла. Цей метод використовується для отримання зображення тканин людського тіла, особливо при неврологічних захворюваннях, хворобах опорно-рухового апарату, грудної клітки, черевної порожнини та тазу.

### Характер процедури

Перед обстеженням необхідно!

- за 2 години до обстеження не їсти, прозорі рідини можна приймати в кількості 100 мл на годину
- перед тим, як потрапити до кабінету МРТ, з міркувань гігієни та безпеки переодягніться в підготовлений плащ.

Хід процедури:

Обстеження безболісне та займає від 20 до 60 хвилин. Під час обстеження вас помістять у циліндричний простір. Важливо, щоб протягом всієї процедури ви лежали нерухомо. В кабінеті МРТ є світло та кондиціонування повітря. Під час роботи пристрою ви відчуватимете лише різні типи віддалених шумів. Під час обстеження в обґрунтованих ситуаціях можливе введення контрастної речовини у вену.

Протипоказання:

Магнітно-резонансна томографія – один з найбезпечніших методів обстеження, але через свою природу і він має деякі обмеження.

Обстеження не можуть проходити пацієнти, які мають кардіостимулятор, серцевий дефібрилятор, кохлеарний імплантат або інші пристрої з електронним управлінням (інсулінові помпи тощо).

Обстеження не можуть проходити пацієнти з металевими сторонніми предметами в оці.

Також існують обмеження для пацієнтів з імплантованими металевими кліпсами, металевими шинами, замінниками клапанів тощо.

Особливу увагу ми приділяємо особам після нещасних випадків або травм, коли металеві матеріали могли потрапити в організм.

Тривога перед тісними, замкненими просторами також є суттєвим обмежувальним фактором, який ускладнює можливість проведення обстеження.

Під час вагітності обстеження проводиться тільки в необхідних випадках.

Вас неодноразово запитають про всі ці питання перед самим обстеженням, і, якщо у вас виникнуть сумніви, ми разом все детально оцінимо.

Після процедури:

- немає обмежень
- після обстеження отримана інформація обробляється та надсилається до лікаря, який вас на нього направив.

**В разі виникнення будь-яких проблем негайно повідомте про це свого лікуючого лікаря !!!**

### Очікувана користь від процедури

Візуалізація та оцінка патологічних змін або змін форми в досліджуваній зоні, необхідні для можливих подальших лікувальних процедур.

### Альтернатива процедури

Обстеження за допомогою комп'ютерної томографії або ультразвуку, якщо це доречно та можливо.

## **Можливі ризики обраної процедури**

### **Можливі ускладнення:**

Ускладнення процедури при дотриманні вищевказаних протипоказань мінімальні. З розвитком нових технологій, що призвело до вдосконалення як пристрою, так і контрастних речовин, їх частота виразно знизилася.

Найпоширенішими можливими ускладненнями є

- реакція на перебування в обмеженому просторі  
алергічна реакція на контрастну речовину – ці реакції трапляються рідко, найчастіше легкі (наприклад, нудота, кропив'янка, задишка, набряк), але у виняткових випадках бувають важкими або навіть небезпечними для життя.

## **Наслідки процедури**

Якщо немає серйозної реакції на контрастну речовину, то немає і можливих наслідків.

Для мінімізації ризику виникнення ускладнень і особливо алергічних реакцій просимо вас відповісти на наступні питання:

### ***прим. Обведіть кружком свою відповідь:***

1. У вас є кардіостимулятор, дефібрилятор, кохлеарний імплантат або інший пристрій з електронним управлінням?	TAK	HI
2. У вас є сторонній предмет в оці?	TAK	HI
3. Чи є у вашому тілі металеві предмети?	TAK	HI
4. Чи страждаєте ви від тривоги в закритих приміщеннях?	TAK	HI
5. Чи були у вас алергічні реакції після попереднього внутрішньовенного введення контрастної речовини?	TAK	HI
6. У вас серйозні проблеми з нирками?	TAK	HI
7. Ви вагітні?	TAK	HI

**В разі виникнення будь-яких неясностей, ми будемо раді відповісти на ваші запитання.**

### **Згода:**

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	TAK	HI
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	TAK	HI
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	TAK	HI
Я зрозумів/зрозуміла усі ці пояснення та інформацію, яку мені надав мій лікар, я мав/мала можливість задати додаткові запитання, на які відповів мій лікар.	TAK	HI

### **Після вищевказаного ознайомлення заявляю:**

- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	TAK	HI
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	TAK	HI
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	TAK	HI
Я згоден з тим, щоб особи, які здобувають кваліфікацію для здійснення медичної професії (студенти медучилищ, медичних факультетів тощо), здійснювали медичну та сестринську допомогу в рамках свого навчання відповідно до внутрішніх правил лікарні.	TAK	HI
- що я даю згоду на використання результатів моїх обстежень в контексті регулярних діагностичних і терапевтичних процедур, в наукових і освітніх цілях, за умови, що ці дані будуть представлені і опубліковані тільки в анонімній формі.	TAK	HI
Я погоджуюся, що вищезазначені особи можуть перевіряти мою медичну документацію в обсязі, необхідному для цього. Всі ці особи зобов'язані зберігати ці факти та унікальний чисельний ідентифікатор («родне число») в таємниці	TAK	HI

<b>Я бажаю, щоб інша особа (особи) була поінформована про стан мого здоров'я:</b>		ТАК	НІ
Ім'я та прізвище:	адреса	Ім'я та прізвище:	адреса
<b>Я бажаю, щоб особа (особи), названі вище, мали право:</b>			
a) ознайомлюватися з моєю медичною документацією		ТАК	НІ
b) робити виписки, копії або витяги з моєї медичної документації		ТАК	НІ

Дата	Час	<b>Підпис пацієнта</b> або законного представника (опікуна)

<b>Ім'я та прізвище уповноваженого медичного працівника, який надав інформацію</b>	<b>Підпис уповноваженого медичного працівника, який надав інформацію</b>

<b>Ім'я та прізвище лікаря, який виконує процедуру</b>	<b>Підпис лікаря, який виконує процедуру</b>	Дата	Година

<b>Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:</b>			
<b>Як пацієнт висловив свою волю :</b>			
<b>Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка</b>	<b>Підпис медичного працівника / свідка</b>	Дата	Година