

Magnetická rezonancia je bezpečná a bezbolestná vyšetrovacia metóda. Pretože vyšetrenie pacienta prebieha v prostredí silného magnetického poľa, kovové predmety vo vašom tele môžu byť nebezpečné, alebo spôsobovať „interferenciu“. Prosíme Vás, vyznačte nám tieto dôležité informácie ešte pred tým, než Vás začneme vyšetřovať.

Priezvisko a meno: ..... Rok narodenia: ..... Hmotnosť: ..... (kg)

Telefónne číslo: ..... Email: .....

|   |                              |                              |                                |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Boli ste už na vyšetrení MR?  | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | Kedy?                          |                              |                              |
| Boli ste niekedy operovaný(á)?  | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | Ak áno, aký orgán?             |                              |                              |
| pacemaker / kardiostimulátor, defibrilátor  | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | očnú protézu / umelú šošovku   | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| inzulínovú pumpu  | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | endoprotézu – umelý kĺb        | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| elektronický implantát  | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | ortopedický implantát          | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| vnútrošný implantát   | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | VP Shunt                       | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| neurostimulátor   | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | kovové črepiny                 | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| svorky/klipy, stenty/výstuže, filtre  | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | kovové zubné náhrady           | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| umelú srdcovú chlopňu   | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | snímateľnú zubnú náhradu       | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| klaustrofóbia   | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | tetovanie, permanentný make-up | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| alergia   | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | Ak áno, na čo ?                |                              |                              |
| iné predmety a implantáty   | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | Aké a kde ?                    |                              |                              |
| <b>Pre ženy:</b> ste tehotná?   | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE | <b>Pre ženy:</b> dojčíte?      | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| Bola Vám už pri vyšetrení podaná kontrastná látka?  |                              |                              |                                | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Ak áno,</b> mali ste potom nepríjemné pocity ako teplo, svrbenie, skrátenie dychu, závrate alebo kolaps? |                              |                              |                                | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |

Počas MR vyšetrenia je niekedy potrebné podať kontrastnú látku (gadolinium), ktorá je aplikovaná ihlou do žily, najčastejšie na predlaktí. Počas podávania kontrastnej látky môžete cítiť vpich a následne pocit „podávania“. MR kontrastná látka je dostatočne bezpečná, ale ako pri akýchkoľvek liekoch aj tu sa môžu vyskytnúť nežiaduce účinky. Náš zdravotnícky personál je zaškolený na zvládnutie vzniknutých situácií.

|  |   |   |  |                              |
|--|---|---|--|------------------------------|
| Súhlasíte s podaním kontrastnej látky, ak si to bude vyšetrenie vyžadovať? |   |   | <input type="checkbox"/> ÁNO             | <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Popis (výsledky) z vyšetrenia žiadate?</b>                              | <input type="checkbox"/> ODOSLAŤ lekárovi | <input type="checkbox"/> STIAHNUŤ elektronicky* | <input type="checkbox"/> PREVZIAŤ osobne |                              |

\***Popis a snímky** budete mať ihneď po popísaní rádiológom k dispozícii na portáli [www.ERADIOLOGIA.sk](http://www.ERADIOLOGIA.sk). Môžete si ich stiahnuť, vytlačiť či poskytnúť k ďalšej zdravotnej starostlivosti inému ošetrojúcemu lekárovi (aj lekárovi, ktorý neindikoval MR vyšetrenie).

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Udeľujete <b>súhlas</b> so spracúvaním osobných údajov na účely poskytnutia výsledkov vyšetrenia Vášmu ošetrojúcemu lekárovi, <b>ktorý nezasadal požiadavku na vyšetrenie</b> , na základe jeho vyžiadania? | <input type="checkbox"/> ÁNO | <input type="checkbox"/> NIE |
|---|------------------------------|------------------------------|

*Súhlas nie ste povinný udeliť. Bez Vášho súhlasu však nebude možné napr. poskytnúť výsledky Vášho vyšetrenia, Vášmu ďalšiemu ošetrojúcemu lekárovi.*

**Prosím pokračujte vyplnením údajov na ďalšej strane⇒**

**UPOZORNENIE:**

1. V prípade vyššie uvedených implantátov a teliesok je potrebné potvrdiť kompatibilitu s MR (doložiť certifikát výrobcu)
2. Všetky snímateľné kovové predmety je nutné si pred MR vyšetrením odložiť, sňať. Rešpektuje pokyny rádiologického technika
3. Pacienti s VP drenážou v mozgu musia ísť pred a po vyšetrení na 3,0T prístroji na neurochirurgickú kontrolu
4. **Nenoste na vyšetrenie cennosti a zbrane.**
5. Pre ženy: na MR vyšetrenie hlavy sa odporúča nebyť naličená.

Čestne prehlasujem, že žiadam o vyšetrenie magnetickou rezonanciou mimo verejného zdravotného poistenia, na vlastné náklady, na vlastnú žiadosť. Bol som poučený(á), že moja zdravotná poisťovňa mi toto vyšetrenie nepreplatí. Súhlasím s platbou v hotovosti/kartou a súhlasím s ponúknutou cenou vyšetrenia, podľa platného cenníka.

Bol(a) som poučený(á) o povahe MR vyšetrenia.

**SÚHLASÍM s vyšetrením**

Podpis: ..... (vzťah k pacientovi: ..... )      Dátum: .....