

DOTAZNÍK K VYŠETRENIU NA MAGNETICKEJ REZONANCI (MR)

Na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti vyplňte, prosím, tento dotazník.

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (identifikácia/pečiatka ZZ)

**Nemocnica s poliklinikou
Spišská Nová Ves, a. s.
Jánskeho 1
052 01 Spišská Nová Ves
Tel. č.: 053 4199 400**

PRACOVISKO/ODDELENIE:

MR pracovisko - rádiodiagnostické oddelenie

MIESTO:

pracovisko magnetickej rezonancie - MR

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

TELEFÓNNE ČÍSLO:

E-MAIL:

ADRESA:

Váš e-mail a telefón slúži pre potreby prípadnej komunikácie, nie na zaslanie výsledkov.

PSČ:

KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:

RODNÉ ČÍSLO:

AKTUÁLNA HMOŤNOSŤ:

 kg

AKTUÁLNA VÝŠKA:

 cm

Alergia na lieky a iné látky mám nemám

Ak áno, na aké?

V prípade alergie protialergická príprava podaná bola nebola

Kardiostimulátor, implantabilný kardioverter-defibrilátor (ICD) mám nemám

Sluchový implantát, načúvací aparát mám nemám

Inzulínová pumpa mám nemám

Chlopňové náhrady mám nemám

Cievne svorky, venózne porty, embolizačné špirály mám nemám

Svorky a kovové náhrady na srdci (Ak áno, potvrdenie a súhlas kardiológa s realizáciou vyšetrenia)

Kovové črepiny, úlomky, cudzie telesá mám nemám

Očné protézy mám nemám

Endoprotézy, náhrada kĺbu mám nemám

Kovové snímateľné zubné náhrady mám nemám

Tetovanie, pírsing mám nemám

U žien – ste tehotná? som nie som

Dojčíte? áno nie

Bolí ste operovaný/á? áno nie

Ak áno, aká operácia a kedy? _____

Liečite sa na obličkové ochorenie? áno nie

Trpíte klaustrofóbiou (strach z uzavretých priestorov)? áno nie

MR vyšetrenie som absolvoval/a v roku:

Vyšetrovaný orgán/oblasť:

Prosím, otočte list

Výsledok z vyšetrenia, popis – nález, je vystavený najneskôr **do piatich pracovných dní**. Nález je určený indikujúcemu lekárovi. S obsluhujúcim personálom si prosím dohodnite spôsob prevzatia výsledku:

prevezmem osobne – najskôr o päť pracovných dní na recepcii RTG odd. 2. poschodie v pracovné dni v čase od: 7:30 do: 15:00.

udeľujem povolenie na prevzatie výsledku osobe:

Meno:

Číslo občianskeho preukazu:

Poverená osoba pri prevzatí výsledku predloží občiansky preukaz

zaslať na adresu (vyplniť iba v prípade, že adresa doručenia sa nezhoduje s adresou bydliska)

Ulica/číslo/mesto:

PSČ:

Poučenie a informovaný súhlas s rádiodiagnostickým vyšetrením *

Pacient, resp. aj jeho zákonný zástupca alebo sprevádzajúca osoba pacienta bol/a informovaný/á odosielajúcim lekárom o účele, povahe, následkoch, rizikách poskytnutia, ako aj o rizikách spojených s odmietnutím navrhovaných diagnostických postupov, podľa Z. z. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti § 6. Zároveň prehlasuje, že odosielajúcemu lekárovi nezatajil/li žiadne vážnejšie ochorenia, ktoré môžu mať vplyv na priebeh a výsledok vyšetrenia. Dotknutá osoba svojim podpisom potvrdzuje, že bol/a poučený/á zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas.

DÁTUM VYŠETRENIA:

PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU A VZŤAH:

SPREVÁDZAJÚCA OSOBA vstupujúca na nevyhnutný čas do priestoru so silným magnetickým poľom

PRIEZVISKO, MENO SPREVÁDZAJÚCEJ OSOBY:

ROK NARODENIA:

DÁTUM VYŠETRENIA:

PODPIS SPREVÁDZAJÚCEJ OSOBY:

Priebeh vyšetrenia.

Pred vstupom do MR vyšetrovne odstráňte zo seba všetky kovové a elektronické predmety (náramkové hodinky, 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 koticami, magnety a pod.). Najvhodnejším spodným oblečením je bavlnené tričko, nohavičky, trenky, slipy a ponožky. Potrebne je odstrániť z kože make-up, očné tieny, rúž. Uvedené veci môžu byť príčinou poškodenia Vás alebo iných osôb vo vyšetrovacej miestnosti, prípadne sa môžu poškodiť samotné (elektronika a pod.). V šatni si oblečiete pripravený plášť, ktorý po vyšetrení vrátite.

Lekár, rádiologický technik, sestra alebo zdravotnícky asistent Vás pred vyšetrením oboznámi 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.

Počas MR vyšetrenia je niekedy vhodné podať kontrastnú látku. MR kontrastná látka je aplikovaná cez malú ihlu do žily, najčastejšie na predlaktí. Počas podávania kontrastnej látky môžete cítiť vpich a následne pocit „podávania“, ktorý je normálny. MR kontrastná látka je dostatočne bezpečná, ale ako pri akýchkoľvek liekoch i tu je riziko alergickej reakcie. Najčastejší výskyt nežiaducich účinkov je počas prvých 30 minút od podania kontrastnej látky, preto je potrebné, aby ste neopúšťali počas tejto doby MR pracovisko (hospitalizovaní pacienti budú pod kontrolou personálu na odosielajúcom oddelení).

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 štuplami). Počas vyšetrenia dostanete do ruky signalizačný balónik, ktorým dáte vedieť, ak sa vyskytnú nejaké problémy (pálenie, svalové záškľby, nevoľnosť a pod.).

Čas strávený vo vyšetrovacej miestnosti, doba vyšetrenia, je rôzna. Pohybuje sa od 10 minút až do 1 hodiny, v závislosti od toho, aký orgán alebo časť tela sa má vyšetriť. Preto Vás prosíme, aby ste sa na termín vyšetrenia dostavili s časovým predstihom aspoň 15 minút.

MENO ZAMESTNANCA:

DÁTUM:

PODPIS:

* Informovaný súhlas je súčasťou zdravotnej dokumentácie podľa § 19 ods. 2 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.