Інформована згода пацієнта

Прізвище та ім'я…………………………………….

Особистий ідентифікаційний номер (або дата народження)…………………………………………..

Код (номер) медичної страхової компанії………………………......

Вага ріст………………

Назва установи, де проводиться дослідження (друк/заповнювати друкованими літерами)

Шановна пані, шановний пане,

під час проведення дослідження на нашому відділенні, Ви знаходитиметеся у сильному магнетичному полі. Одночасно з цим, Ви будете піддані впливу високочастотних електромагнітних хвиль.

ТОМУ, ЯКЩО ВИ МАЄТЕ ВСТАНОВЛЕНИЙ КАРДІОСТИМУЛЯТОР АБО ДЕФІБРИЛЯТОР, ТО ВАМ КАТЕГОРИЧНО ЗАБОРОНЕНО ПРОХОДИТИ ЦЕ ДОСЛІДЖЕННЯ (МАГНЕТИЧНИЙ РЕЗОНАНС)!!! НЕ ВХОДІТЬ У ПРИМІЩЕННЯ ДЕ ЗНАХОДИТЬСЯ ДАНЕ ОБЛАДНАННЯ !!!

Уважно прочитайте та дайте відповідь на нижче введені питання, що стосуються знаходження у вашому тілі металевих приладів або частин. Правильна відповідь обведіть у кружальце.

• Металеві затискачі після операцій на мозку, судинах ТАК НІ

• Металеві протези (операція суглобів) ТАК НІ

• Імплантовані серцеві клапани ТАК НІ

• Кохлеарний (вушний) імплантат ТАК НІ

• Металеві уламки в очах або в інших місцях тіла ТАК НІ

• СТЕНТИ (кріплення судин) ТАК НІ

• Захворювання нирок ТАК НІ

• Трансплантація печінки ТАК НІ

• Зубні протези, мости, брекети

або інші метали або електронні пристрої ТАК НІ

Якщо на одне з питань Ви відповіли ТАК, будь ласка, одразу про це проінформуйте лікаря або спеціаліста відділення магнетичної резонанції!

Для жінок у продуктивному віці: Якщо Ви Вагітна, попередьте про це персонал відділення!!

МЕТАЛЕВІ ЧАСТИНИ МОЖУТЬ ВИКЛИКАТИ ТРАВМУ АБО ПОШКОДЖЕННЯ ОБЛАДНАННЯ!!

Перед тим, як зайти в кабінет, ЗАЛИШАЙТЕ в кабінці: годинник, ключі, дрібниця (дрібні металеві монети), прикраси, шпильки і шпильки, пояс з металевою пряжкою, слуховий апарат, окуляри, контактні лінзи, зубні протези, кредитні картки, що мають магнітну смужку, мобільні телефони, фіксуючі пластини (шини), протетичні допоміжні елементи тощо!!

Магнітно-резонансне дослідження проводиться у кілька етапів. Загальна тривалість дослідження – 20-50 хвилин. Дослідження безболісне. Під час дослідження Ви почуєте гучне постукування, яке є складовою обстеження. Необхідно лежати спокійно та не рухатися. Кожен рух може спотворити остаточний результат, зробивши дослідження недійсним. У деяких випадках пацієнту необхідно ввести внутрішньовенну контрастну речовину. Це вирішує лікар. Алергічна реакція, спричинена цією речовиною, практично виключена.

Від шуму можна використовувати вушні шпунти, які на ваше прохання вам видасть персонал відділення.

Я підтверджую, що зрозумів вище написане і не маю встановлений кардіостимулятор. Я не маю додаткових питань. Я згоден з проведенням дослідження, включаючи і введення контрастної речовини.

Будь ласка, переверніть

1. Я підтверджую, що на всі питання, поставлені мені лікарем, я відповів правдиво і не приховав від лікаря і медичного персоналу жодні обставини.

2. Я заявляю, що був детально ознайомлений про принципи даного дослідження, цілі цього дослідження, а також про ризик і подальші можливі ускладнення. У разі виникнення ускладнень я даю свою згоду з проведенням невідкладного подальшого лікування, необхідного для збереження мого життя або здоров'я.

3. Я підтверджую, що мені була надана можливість поставити медичному персоналу всі цікаві для мене додаткові питання. На всі запитання я отримав/а ґрунтовні відповіді.

4. Я підтверджую, що був/ла проінформований/а про такі можливості:

• про своє право відмовитись від подання інформації про стан мого здоров'я

• називати особи, яким можуть бути надані ці інформації

• про своє право дати заборону надання цих інформацій третім особам

5. Я даю свою згоду з наданням в електронному форматі моєї медичної документації або знімків лікарю, який видав направлення на це дослідження.

м. Прага …………………..

(Дд.мм.гггг.)

Прийняв…………………… …………………………………………………...................... ....

підпис пацієнта чи його законного

представника