



SPECIJALNA BOLNICA

dr. NEMEC

MATULJI - OPATIJA

Oznaka dok.:	MR-01
Str.:	1/2
Izdanje:	1

INFORMIRANI PRISTANAK

OBAVIJEST O POJEDINOM PREPORUČENOM DIJAGNOSTIČKOM /
TERAPIJSKOM POSTUPKU

Ime i prezime pacijenta: _____ Spol: M Ž

Mjesto i datum rođenja: _____ OIB: _____

Adresa stanovanja: _____ Telefon: _____

Tjelesna težina: _____ kg Dio tijela koji se pregledava (MR segment): _____

Email: _____

Poštovani,

Svrha ovog obrasca je potvrditi da ste dobili ispravne obavijesti i da pristajete na predloženi dijagnostički i/ili terapijski postupak. Molimo Vas pažljivo pročitajte niže navedeni tekst i zatražite odgovore koji će Vam pomoći u razumijevanju predloženog načina liječenja, a prije donošenja odluke o pristanku ili odbijanju istog.

U svrhu dijagnostike, liječnik _____ (ime i prezime) Vam je predložio dijagnostički i/ili terapijski postupak: **MAGNETSKA REZONANCA (MR)**.

OBJAŠNJENJE DIJAGNOSTIČKOG I/ILI TERAPIJSKOG POSTUPKA:

Pregled se obavlja u posebnom prostoru u koji **ne smijete** unijeti metalne predmete (nakit, remenje, kopče, satove, mobitele, kreditne i druge magnetne kartice, ključeve, kovanice i ostale predmete koji sadrže metal). Takve predmete obavezno ostavite pratinji ili u garderobi! Pregled je bezbolan, a za to vrijeme ležite na stolu. Budite opušteni. Izuzetno je značajno da tijekom pretrage mirujete. Naime, svaki pokret značajno kvari kvalitetu slike. Cijelo vrijeme pregleda liječnik i suradnici Vas prate na ekranu, čuju i vide.

Na pregled obavezno donijeti:

Svu medicinsku dokumentaciju te slike svih prethodno učinjenih slikovnih pretraga vezanih za sadašnju bolest (RTG, UZV, CT i MR).

Ukoliko se ne priloži medicinska dokumentacija preciznost ovog pregleda može biti umanjena.

RIZICI I KOMPLIKACIJE POVEZANI S NAVEDENIM POSTUPKOM:

Postoje rizici i komplikacije svakog dijagnostičkog i/ili terapijskog postupka.

Mogući, ali vrlo rijetki rizik:

- pojava alergijske reakcije na kontrastno sredstvo

Svaki medicinski postupak ili zahvat u iznimno rijetkim slučajevima može završiti smrtnim ishodom.

Molimo Vas da s **DA** ili **NE** odgovorite na sljedeća pitanja. Zaokružite odgovor.

Imate li:

- SRČANI STIMULATOR (pacemaker), SRČANI DEFIBRILATOR, NEURO-STIMULATOR
- BAKLOFENSKU PUMPU, UŠNI-KOHLEARNI IMPLANTAT DA NE
- METALNO STRANO TIJELO U PODRUČJU OKA DA NE

(iznimno se može pristupiti snimanju ukoliko pacijent ima medicinsku dokumentaciju o porijeklu stranog tijela u navedenim regijama)

Ako ste na bilo koje pitanje gore navedeno odgovorili sa **DA**, pregled MR-om nećete moći obaviti.

Ukoliko se uređaj može privremeno isključiti ili reprogramirati, molimo da za navedeno imate priloženu potvrdu liječnika specijaliste.

-
- | | | | | |
|---|----|----|------------------------|----|
| 1. Jeste li operirali glavu (aneurizma, tumor i sl.)? | | | DA | NE |
| 2. Jeste li ikada bili operirani? | DA | NE | Ukoliko da, što? _____ | |
| 3. Imate li: | | | | |
| - umjetni srčani zalistak? | | | DA | NE |
| - kirurški ugrađen metalni materijal (vijci, pločice, klipse i sl.)? | | | DA | NE |
| - očnu, zubnu ili protezu za uho? | | | DA | NE |
| - umjetne proteze (kuk, koljeno ili sl.)? | | | DA | NE |
| - intramaternični uložak (spiralu) | | | DA | NE |
| - stent (umjetna spirala unutar žile, uretera ili žučnih vodova)? | | | DA | NE |
| <i>Kod dolaska na pregled potrebno je donijeti dokumentaciju (certifikat) o ugrađenom materijalu - pitati liječnika koji ga je ugradio.</i> | | | | |
| 4. Jeste li trudni? | | | DA | NE |
| 5. Jeste li alergični na lijekove ili kontrastna sredstva? | | | DA | NE |
| 6. Imate li problema s bubrezima — funkcijom bubrega? | | | DA | NE |
| 7. Imate li strah od zatvorenog prostora (klaustrofobiju)? | | | DA | NE |
| 8. Jeste li ranjavani, imate li preostalih komadića metala u tijelu (gelera)? | | | DA | NE |
| 9. Radite li u metalnoj industriji ili ste u doticaju s metalnim strugotinama? | | | DA | NE |

Ukoliko sami ne možete ispuniti upitnik, neka Vam u tome pomogne Vaš bližnji, liječnik, operator ili ćete upitnik ispuniti u suradnji s nama.

Ja, _____, potpisom izražavam pristanak na
(ime i prezime pacijenta)

predloženi dijagnostički i/ili terapijski postupak **magnetske rezonancije**

Potpis pacijenta: _____

Svjedok / skrbnik / tumač:

Ime i prezime: _____ OIB/JMBG: _____

Potpis: _____

U Rijeci, _____ (datum i sat)