

[Reset](#)[Potvrdit](#)

Project

Date of measurement

Visit ID

--	--	--

☐ Fantom

CEITEC, MU

Laboratoř multimodálního a funkčního zobrazování

Pracoviště Magnetické rezonance

☒ Zákonný
zástupce

Jméno: _____

Příjmení: _____

Rodné číslo: _____ ☐ Muž ☐ Žena ☐ Jiné

Datum narození: _____ Výška: _____ cm

Mateřský jazyk: _____ Váha: _____ kg

Stranová dominance: ☐ Pravák ☐ Levák ☐ Přeučený levák ☐ NeurčenoZraková korekce: ☐ Žádná ☐ $\geq 2D$ (na čtení) ☐ $\geq -2D$ (do dálky)

Vítáme Vás na pracovišti magnetické rezonance (MR). Jde o moderní zobrazovací metodu používanou v medicíně, která na rozdíl od RTG vyšetření nepoužívá ionizující záření. Principem metody je sledování chování tkání a orgánů ve velmi silném magnetickém poli. Měření je doprovázeno zvýšeným hlukem. Vyšetření není bolestivé, ale elektronika nebo kovový materiál v těle či na jeho povrchu může vlivem magnetického pole poškodit Vaše zdraví. Proto je z hlediska vaší bezpečnosti velmi důležité dbát pokynů obsluhy MR přístroje a pravdivě vyplnit následující dotazník. Pokud budete mít nějaké dotazy nebo nejasnosti obraťte se na obsluhu MR přístroje.

V průběhu vyšetření je důležité dbát pokynů laboranta. Zejména, snažit se minimalizovat jakýkoliv pohyb v průběhu měření.

Přečtěte si, prosím, následující otázky a zatrhněte správnou odpověď'. **Pravdivé zodpovězení našich dotazů je velmi důležité pro Vaši bezpečnost.**

Část 1:

Prodělal(a) jste operaci hlavy (mozku)?	☐ ANO	☐ NE
Prodělal(a) jste oční operaci nebo ušní operaci?	☐ ANO	☐ NE
Máte zavedenou nějakou svorku či stent (např. v tepně či žíle)?	☐ ANO	☐ NE
Máte rovnátka, retenční drátek nebo vyndavací zubní protézu?	☐ ANO	☐ NE

Máte umělý kloub (např. kyčelní), protézu?	☐ ANO	☐ NE
Máte náplast pro transdermální podávání léků?	☐ ANO	☐ NE
Máte tetování nebo permanentní make-up?	☐ ANO	☐ NE
Máte nějaké potíže, dysfunkce ledvin?	☐ ANO	☐ NE
Trpíte klaustrofobií?	☐ ANO	☐ NE
Máte nasazené kontaktní čočky?	☐ ANO	☐ NE
Máte nasazený piercing?	☐ ANO	☐ NE
Prodělal(a) jste srdeční operaci?	☐ ANO	☐ NE
Měl(a) jste zlomeninu s použitím vnitřní kovové dlahy / šroubů?	☐ ANO	☐ NE

Část 2:

Máte/měl jste někdy zavedený jakýkoli stimulační implantát (např. kardiostimulátor, defibrilátor apod.)?	☐ ANO	☐ NE
Máte insulinovou nebo infuzní pumpu?	☐ ANO	☐ NE
Máte/měl jste někdy zavedený kochleární implantát?	☐ ANO	☐ NE
Máte/měl jste zavedené jakékoli jiné elektronické zařízení?	☐ ANO	☐ NE
Máte umělou srdeční chlopuň?	☐ ANO	☐ NE
Prodělal(a) jste úraz oka způsobený kovovou střepinou?	☐ ANO	☐ NE
Je možné, že se ve Vašem těle nachází kovová střepina?	☐ ANO	☐ NE
<u>Pro ženy:</u> Jste těhotná?	☐ ANO	☐ NE

Před vyšetřením si prosím **odložte všechny elektricky vodivé/ kovové předměty** (šperky, hodinky, gumičky, sponky, piercing) a součásti oděvu, které obsahují **elektricky vodivé materiály** např. podprsenka s kovovými kosticemi, kovové náušnice, funkční prádlo s obsahem stříbra. Vyšetření probíhá za účelem vědeckého výzkumu. Účelem vyšetření **není** poskytování zdravotních služeb nebo zjišťování Vašeho zdravotního stavu. Sesbírání data nebude vyhodnocovat lékař, ale vědecký pracovník. V případě, že by vědecký pracovník pojal podezření na možné zdravotní komplikace, máte právo být o tomto podezření informován/a a následně podezření konzultovat s lékařem, což by bylo zajištěno výzkumným pracovníkem příslušné studie na základě Vašeho rozhodnutí v informovaném souhlasu.

Souhlas s vyšetřením v Laboratoři multimodálního a funkčního zobrazování

Prohlašuji, že jsem četl/a informace k MR vyšetření (strana 1 až 2 tohoto dokumentu) a porozuměl/a jsem jejich smyslu. Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a tento dotazník. Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o výzkumné studii, k níž toto vyšetření náleží, členem výzkumného týmu a prostřednictvím samostatného informovaného souhlasu a souhlasím s realizací vyšetření.

Beru na vědomí, že moje osobní údaje v rozsahu jméno, příjmení, podpis, datum narození, rodné číslo, pohlaví, stranová dominance, výška, váha, zraková korekce, mateřský jazyk, bezpečnostní otázky ke kontraindikacím MR vyšetření z tohoto dotazníku a naměřená data budou na základě oprávněného zájmu správce – Masarykovy univerzity – za účelem zajištění nezbytných bezpečnostních a právních náležitostí souvisejících s vyšetřením v Laboratoři multimodálního a funkčního zobrazování po dobu 5 let uloženy na zabezpečených úložištích Masarykovy univerzity s omezeným přístupem. Po uplynutí této doby budou veškerá data uchovávaná v Laboratoři multimodálního a funkčního zobrazování anonymizována.



Souhlasím



Nesouhlasím,

že v případě, kdy by vědecký pracovník (laborant) pojal podezření na nestandardní nález, mohou být naměřená MR data v kódované podobě (bez uvedení identifikačních údajů) na nezbytně nutnou dobu zpřístupněna smluvnímu lékaři z jiného zdravotnického zařízení za účelem odborného popisu měřených dat k vyloučení či potvrzení podezření na nestandardní nález v MR snímcích. (V případě neudělení souhlasu nemůžete být dodatečně informován/a o případném nestandardním nálezu).

Kontaktní údaje:

Laboratoř multimodálního a funkčního zobrazování, CEITEC MU, Masarykova univerzita, Kamenice 5, 625 00 Brno

kontaktní osoba: Michal Mikl

telefon: +420 54949 6099

email: mafil@ceitec.muni.cz

Informace o zpracování a ochraně osobních údajů na MU:

<https://www.muni.cz/o-univerzite/uredni-deska/ochrana-osobnich-udaju>

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení:

V Brně, dne:

PO VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE ZAVOLEJTE OBSLUHU MR

