



Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR (Mágneses Rezonancia) vizsgálatához

Üdvözljük Intézetünkben!

Kezelőorvosa javaslata alapján MR vizsgálatot fogunk végezni Önnél.

Az MR vizsgálatnak - a tudomány mai állása szerint - biológiailag káros hatása nem ismert.

Nyomatékosan felhívjuk a figyelmét, ha az Ön szervezetében szívritmus szabályozó (pacemaker), agyi aneurysma klip, esetleg szemében fém idegentest (szilánk) van, azt feltétlenül jelezze, mivel ez esetben a vizsgálat nem végezhető el!

A betegeket előjegyzési időpont szerinti sorrendben vizsgáljuk, kivéve az akutan érkező, súlyos állapotú betegek, a mentőszállítást igénylők és a Sürgősségi osztályról küldött betegek, akik soronkívüliséget élveznek. Intézetünk nagy betegforgalma miatt előfordulhat, hogy Önnek várakoznia kell, így az esetlegesen előforduló, a kapott előjegyzési időponttól való eltérés tudomásul vételét előre is köszönjük!

Vizsgálat előtti teendők:

- Kérjük jelezze, ha testébe műtéti eljárással beépített fémtárgyat helyeztek el ! (protézis, klip, gyógyszeradagoló készülék, nagyméretű beépített fém fogpótlás)!
- Ha várandós, vagy a várandósság lehetősége felmerül, közölje azt az asszisztenssel!
- **A vizsgálat során a testén nem lehet semmilyen fémtárgy! Kérjük, figyelmesen vizsgálja meg ruházatát, van-e fém része (gomb, cipzár, csat, öv, merevítés), valamint a zsebeiben ne maradjon kulcs, pénzérme, mobiltelefon, mágneskártya, egyéb fémtárgy! Vizsgálat előtt a kivehető fém fogpótlást is szíveskedjen eltávolítani!**
- Ékszerait, óráját kérjük, vegye le, ezeket helyezze a rendelkezésére bocsátott öltözőben!
Ezúton hívjuk fel figyelmét, hogy értéktárgyaiért nem vállalhatunk felelősséget!
- Ha az arcán fémtartalmú szépitőszert (csillámporos szemhéjfesték, púder, stb.), a hajában fémcsat van, azokat távolítsa el még a vizsgálóhelyiségbe lépés előtt!

A vizsgálat menete: az MR vizsgálat várható időtartama - a vizsgálat típusától függően - 15-50 perc lehet. Készüljön fel, hogy a vizsgálat zajterheléssel jár, mely a berendezés normál működésével függ össze. A vizsgálat során az operátor által beállított pozícióban, mozdulatlanul kell feküdni a vizsgálóasztalon. Amennyiben Ön tud arról, hogy bezártság érzése (klausztofóbiája) van, erről tájékoztassa az asszisztentst! Ha úgy érzi, hogy nem bírja a vizsgálatot, a szóbeli tájékoztatás szerinti módon jelezze, és a vizsgálatot felfüggesztjük.

Speciális vizsgálatoknál (szív- és mellkasi vizsgálatok) EKG elektródákat helyezünk fel a mellkasára.

Kontrasztanyag alkalmazása: az Ön betegsége szükségessé teheti, hogy a vizsgálat során intravénás módon paramagnetikus kontrasztanyagot kapjon. Ha bármilyen gyógyszerérzékenységről tud, feltétlenül jelezze a vizsgálat előtt az asszisztensnek! Kérjük, ha a kontrasztanyag adása közben vagy után bármit észlel, azonnal jelezze! A távozás után nagyon fontos, hogy sok folyadékot fogyasszon, ezzel is elősegítve a szervezetből a kontrasztanyag gyors kiürülését!

Altatás: csecsemők és kisgyermekek esetén a vizsgálatot altatásban végezzük. Az altatást aneszteziológus szakorvos végzi, aki az altatásról részletes tájékoztatást ad a hozzátartozó részére.

Vizsgálat utáni teendők: a vizsgálat befejezése után tájékoztatást fog kapni a leletkiadás módjáról, lehetőségeiről. Kérjük, hogy a leleteket a saját érdekében őrizze meg és egy esetleges újabb vizsgálatnál hozza magával!



A vizsgálat elvégzéséhez, valamint intravénás kontrasztanyag beadásához szükséges az Ön vagy törvényes képviselőjének beleegyező nyilatkozata.

Kérjük, az alábbi kérdésekre szíveskedjen válaszolni a megfelelő válasz aláhúzásával !

- | | | |
|---|-------|-----|
| 1.) Korábbi MR vizsgálata során kapott intravénás kontrasztanyagot? | igen | nem |
| 2.) A korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt mellékhatást? | igen | nem |
| 3.) Van szív-, vese-, vagy cukorbetegsége? | igen | nem |
| Ha igen, mi az ? | | |
| 4.) Az előző kérdésre adott igen válasz esetén, milyen gyógyszereket szed annak kezelésére? | | |
| 5.) Van Önnek bármilyen allergiás betegsége, gyógyszerérzékenysége? | igen | nem |
| 6.) Nők esetében: Ön várandós ? | igen | nem |
| Kisgyermekes anyák esetében: Ön szoptat ? | igen | nem |
| 7.) Van az Ön testében a következő tárgyak valamelyike? | | |
| Szívritmus szabályozó | igen | nem |
| Agyi- vagy aneurysma klip | igen | nem |
| Műszem, beépített hallásjavító készülék | igen | nem |
| Lövedék, sörét, fémszilánk | igen | nem |
| Szív műbillentyű | igen | nem |
| Beépített ízületi protézis, művégtag | igen | nem |
| Ortopédiai fémanyag | igen | nem |
| Egyéb fémanyag (pl. foghíd, korona, piercing) | igen | nem |

Az intravénás kontrasztanyag beadásába **beleegyezem** **nem egyezem bele**

Az esetleges további kérdéseire, észrevételeire a vizsgálatot végző orvos, vagy asszisztens válaszol !

Alulírott, jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok az MR vizsgálathoz szükséges, valamint a vizsgálat során esetlegesen keletkező személyes adataim - melyek a "Az információs önrendelkezési jogról és az információ szabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény" szerint részben személyes, részben pedig különleges adatok – a Huniko KDK általi kezeléséhez. Hozzájárulok, hogy szükség esetén személyi adataim alapján az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál TAJ számomat pontosíthassák.

A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, az MR vizsgálat elvégzéséhez hozzájárulok: **igen** **nem**

Kistarcsa,.....

.....
A páciens (törvényes képviselő: szülő, gyám) aláírása

A vizsgálandó páciens adatai:

Neve/születési idő:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TAJ száma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Édesanyja leánykori neve:.....

Lakcíme: