



MR

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR (mágneses rezonancia) vizsgálatához

A beteg neve: _____

A beteg lakcíme: _____

A beteg telefonszáma: _____

A beteg e-mail címe (nagybetűvel): _____

Tisztelt Páciensünk!

Kezelőorvosa MR vizsgálatra utalta Önt intézetünkbe. Az MR vizsgálat igen erős mágneses térben történik. Az MR vizsgálat fájdalommal nem jár. Az eddigi tapasztalatok szerint az emberi szervezetre kimutatott káros biológiai hatása a tudomány mai állása szerint nincs, azonban felvethető, hogy a terhesség első trimeszterében az MR vizsgálat károsíthatja a magzatot. Kérjük közölje, ha terhes, vagy ha terhesség lehetősége felmerül. A vizsgálat kb. 15-30 percig tart. A vizsgálóhelyiségben nagy mágneses tér van, ezért ha szívritmus szabályozója van, a vizsgálat nem végezhető el. Ha a szervezetébe korábban műtéttel fémanyagot ültettek, arról a vizsgálat előtt tájékoztassa az operátort. A vizsgálat során az operátor által beállított pozícióban mozdulatlanul kell feködni a vizsgálóasztalon egy csőszerű gépben. A képek értékelésénél az orvos dönthet úgy, hogy a vizsgálatához kontrasztanyag adása szükséges. Az MR vénás kontrasztanyagok fémissionokat tartalmaznak, vizelettel ürülnek. Biztonságosan, igen kicsi kockázattal alkalmazható anyagok. Súlyosabb, életveszélyes kontrasztanyag reakciók rendkívül ritkák (400.000 esetben egyszer fordulnak elő). A kontrasztanyag adásához az Ön beleegyezése szükséges.

Ismételten hangsúlyozva, hogy az MR vizsgálat alapvetően ártalmatlan és veszélytelen, nyomatékosan ismételten felhívjuk az Ön figyelmét a következőkre.

Az MR vizsgálóhelyiségben nagyon erős mágneses tér van. Mielőtt Ön ide belépne, tudnunk kell, hogy vannak-e fémanyagok, bizonyos műszerek az Ön testében, melyek az MR vizsgálatot zavarhatják vagy az Ön számára súlyos veszélyt jelenthetnek. Saját és a vizsgáló személyzet érdekében kérjük, gondosan olvassa el és pontosan válaszolja meg a következő kérdéseket!

KÉRDÉS

VÁLASZ

	Igen	Nem
Korábbi MR vizsgálat során kapott-e már intravénás kontrasztanyagot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen tapasztalt-e mellékhatást? Írja le: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e szív-, vagy vesebetegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Ha igen, milyen gyógyszert szed rá? _____

Részesül-e Ön dialízisben?

Van-e Önnek pajzsmirigy betegsége?

Van-e Önnek fertőző betegsége?

Van-e Önnek bármilyen allergiás betegsége,
gyógyszer érzékenysége? _____

Nőbetegek: tud-e Ön terhességéről?

szoptat-e?

Vannak-e az Ön testében következő tárgyak?

Szívritmus szabályozó

Agyi- vagy aneurysma klip

Műszem, beépített hallásjavító készülék

Lövedék, sörét, fémszilánk

Szív műbillentyű

Beépített ízületi protézis, művégtag

Ortopédiai fémananyag

Egyéb fémananyag (pl. foghíd, korona, piercing)

Testsúly: _____ kg

Az MR vizsgálattal kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást részben szóban, részben írásban megkaptam * Nem kaptam meg * (* a megfelelő szövegrész aláhúzendó). A szóbeli tájékoztatás során megválasztottam részemre minden, engem foglalkoztató kérdést. A vizsgálatra vonatkozó részletes tájékoztatást megértettem és elegendő gondolkodási idő után elfogadom, a vizsgálat során, vagy annak következtében kialakuló vagy fellépő szövődeményeket, mellékhatásokat megismerve, azok tudatában, azok kockázatában, azok kockázatát vállalva jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem az MR vizsgálat elvégzését.

Az intravénás kontrasztanyag adásába a., beleegyezem*
 b., nem egyezem bele*

(* a megfelelő szövegrész aláhúzendó)

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

A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, az MR vizsgálat elvégzéséhez hozzájárulok.

Kelt: _____ napján

aláírás

