

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

MR vizsgálatához

Testsúly: kg

Az MR vizsgálat biztonságos elvégzéséhez kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre (a megfelelő szó aláhúzásával).

- | | |
|--|----------|
| - Van-e szívritmus szabályozója (pacemaker), műbillentyűje, egyéb szívbe ültetett eszköze (ICD)? | Igen/nem |
| - Van-e érklipje? | Igen/nem |
| - Van-e a szervezetében bármilyen fém idegenanyag beültetve | Igen/nem |
| - Van-e kivehető vagy beültetett hallókészüléke? | Igen/nem |
| - Kapott-e korábban MR kontrasztanyagot? | Igen/nem |
| Ha igen voltak-e utána allergiás tünetei? | Igen/nem |
| - Tud-e bármilyen gyógyszerrel kapcsolatos allergiájáról? | Igen/nem |
| Ha igen, melyik gyógyszerrel? | |
| - Tud-e magasvérnyomásról, vagy cukorbetegségről? | Igen/nem |
| - Tud-e vese- vagy májbetegségről, esetleg asztmájáról? | Igen/nem |
| - Tud-e terhességéről vagy annak gyanújáról? | Igen/nem |

1. Kijelentem, hogy a diagnosztikus eljárás természetéről és céljáról, a velejáró kockázatról és az elővigyázatosság ellenére adódó szövödmények lehetőségéről írásban és kérdéseimre szóban megfelelő felvilágosítást kaptam.

Megértettem, hogy minden eljárásnak van valamilyen kockázata és elismerem, hogy a bekövetkező eredményt nem lehet biztonsággal szavatolni.

2. Beleegyezem a szükséges érzéstelenítő eljárás elvégzésébe és megértem, hogy az érzéstelenítésnek lehetnek kockázatai. Beleegyezem a szükségesnek tartott gyógyszer, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvos által szükségesnek tartott röntgenvizsgálat, eljárások és eszközök alkalmazásába.

3. Beleegyezem abba, hogy a Rólam készült vizsgálat felvételeit leletezési vagy konzultációs célból elektronikus úton távoli munkaállomásra továbbküldjék.

Az írásos tájékoztatót elolvastam, kérdéseimre szóban is tájékoztatást kaptam.

Alulírott hozzájárulok a kapott tájékoztatás után, hogy kezelőorvosom javaslatára **rajtam/hozzátartozómon MR vizsgálatot végezzenek.**

Beteg, hozzátartozója vagy törvényes képviselője aláírása

Beleegyezem a **kontrasztanyag** adásába.

Beteg, hozzátartozója vagy törvényes képviselője aláírása

Alulírott **nem járulok hozzá, hogy***

1. Rajtam/hozzátartozómon a **MR vizsgálatot** elvégezzék

2. Nekem/hozzátartozómnak a **MR vizsgálatához szükséges vénás kontrasztanyag injekciót** adjanak, vállalva a kontrasztanyag vizsgálat elmaradása miatti esetleges következményeket.

***A megfelelő bekarikázandó.**

Beteg, hozzátartozója vagy törvényes képviselője aláírása

Eger, 20.....

A vizsgálatot végző orvos aláírása PH.

Kedves Páciensünk!

Tisztelettel üdvözlük Önt az MR laboratórium munkatársai.

Kérjük, hogy miközben az orvosa által elrendelt MR vizsgálatra vár, olvassa el rövid tájékoztatónkat.

Az **MR** (mágneses rezonanciás rétegvizsgálat) képalkotás során 1,5 Tesla erősségű mágneses térben folyik a vizsgálat. A szeletképek a tér bármely irányában elkészíthetők. A vizsgálat alatt a beteg a mágnes hosszanti alagútjában hanyatt fekvő helyzetben, mozdulatlanul kell feküdjön. Az átlagos vizsgálati idő 25 – 30 perc, természetesen vannak hosszabb és rövidebb ideig tartó vizsgálatok is. Egy vizsgálat több kisebb lépésből – szekvenciából áll. A mozgási műtermékek az adott szekvenciák értékelhetőségét rontják, szükség esetén megismétlésük is szóba jön.

A vizsgálat során nyert képeket minden, a mágneses teret egyébként torzító anyag, pl. beültetett fém protézis, kivehető fémes fogsor, műtéti fém varratsor, egyéb fém klippek, a szemhéjakon lévő festék fémszemcséi, a ruhanemű fémszállai, fülészeti implantátum torzítják, értékelhetetlenné teszik. Emiatt - az el nem távolítható - a testbe ültetett egyes fémek esetén a vizsgálat nem végezhető el. Az egyéb fémtárgyak eltávolítását követően Ön a vizsgálatához egy pamutból készült hálóinget fog kapni.

Kérjük, jelezze bármilyen korábbi műtét során beültetett fém meglétét! Hozza magával ezt dokumentáló zárójelentését, feltétlenül említse meg korábbi sérülésekből származó fém idegentestek jelenlétét.

Pacemakerrel – szívritmus szabályozó készülékkel - rendelkező betegek MR-el nem vizsgálhatók, az erős mágneses és rádiófrekvenciás tér a pacemaker működését leállíthatja szívmeállást eredményezhet. Egyéb fémes katéterrel rendelkező beteg sem vizsgálható az MR-ben.

A vizsgálat alatt a szekvenciák idején folyamatos **hangos „kopácsolást, kalapálást” fog hallani**, ezek a zajok néha nehezen elviselhetők. A zajok csökkentésére, amennyiben igényli, a kórházi gyógyszerárban fül dugót vásárolhat, a délutáni órákban a fül dugót térítés ellenében a CT-MR pultban dolgozóktól kérheti. A fül dugó használata az Önnel való kommunikációt megnehezíti. Azoknál a vizsgálatoknál, ahol légzés vezérlésre és szoros kommunikációra van szükség a fül dugó használata nem lehetséges, ezekben az esetekben a vizsgálatjal járó ilyen kellemetlenséggel számolnia kell.

Ugyanígy nehezen lehet viselni a készülék hosszú csőszerű alagút jellegét, ezt különösen rosszul tűrik a **bezártság érzéssel** küszködő betegek. Ennek kiküszöbölésére a vizsgálat előtti órákban enyhe nyugtató alkalmazható.

Amennyiben a vizsgálat során bármilyen kellemetlen érzése van, és úgy gondolja, hogy már nem képes tovább a vizsgálatban részt venni, kérjük, a kezébe adott **pumpa megnyomásával** ezt jelezze.

Ritkán sor kerülhet **vénás kontrasztanyag** adására is, melynek az esetek túlnyomó részében mellékhatása nincs. Nagyon ritkán a beadás alatt előfordulhatnak enyhébb tünetek (melegségérzés, hányinger, fejfájás, bőrpír...). Súlyos kontrasztanyag szövődmény elenyésző számban fordulhat elő, esetleges kialakulásának elhárítására MR laboratóriumunk fel van készülve. A kontrasztanyag fenti hatásai miatt, pontosan jeleznie kell minden ismert gyógyszerérzékenységét.

A vénás érfesték rossz veseműködés esetén csak bizonyos feltételekkel adható, ezért a vizsgálatok előtt 1 héten belül a veseműködésére vonatkozó laborvizsgálaton kell részt vennie és az eredményt az MR labor dolgozóinak be kell mutatnia. A laborvizsgálatra szóló beutalót a vizsgálatot kérő orvosától vagy háziorvosától kérje.

Korai terhességben (12 hét alatt) MR vizsgálatot csak kifejezetten indokolt esetben végzünk.

MR vizsgálatához nem szükséges éhgyomri állapot.

Önnel, kedves páciensünk, **a vizsgálat elvégzésébe és a vénás kontrasztanyag adásába minden esetben írásos beleegyezését kell adnia**, beleegyezésének hiányában az MR vizsgálatot nem végezzük el. Mi valamennyien – az MR laboratórium orvosai és asszisztensei – azon vagyunk, hogy a vizsgálat végeztével Ön jó érzéssel távozzon.

Valamennyien készséggel állunk rendelkezésére bármilyen felmerülő kérdésének megválaszolására, mely a vizsgálattal kapcsolatban még megfogalmazódik Önben.

Az MR laboratórium munkatársai remélik, hogy ezzel az ismertetővel sikerült eloszlatni félelmeit és reméljük Ön rövidesen egy eredményes vizsgálaton lesz túl.

Az MR laboratórium munkatársai