



SZOLNOKI DIAGNOSZTIKAI KÖZPONT

5004 Szolnok, Tószegi út 21.

Tel./fax: (56) 424-966

MR

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR (mágneses rezonancia) vizsgálathoz

A beteg neve:

A beteg lakcíme:

A beteg telefonszáma:

A beteg e-mail címe (nagybetűvel):

Tisztelt Betegünk!

Kezelő orvosa 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 feküdni a vizsgálóasztalon egy csőszerű gépben. A képek értékelésénél az orvos dönthet úgy, hogy a vizsgálathoz kontrasztanyag adása szükséges. Az MR vénás kontrasztanyagok fémionokat 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?	☐	☐
Ha igen tapasztalt-e mellékhatást?	☐	☐
Ha igen, írja le:		
Van-e szív-, vagy vesebetegsége?	☐	☐
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, gyógyszerérzékenysége?		
Nőbetegek: tud-e Ön terhességéről?	☐	☐
szoptat-e?	☐	☐



SZOLNOKI DIAGNOSZTIKAI KÖZPONT

5004 Szolnok, Tószegi út 21.

Tel./fax: (56) 424-966

Vannak-e az Ön testében következő tárgyak?

Szívművelő

Agyi- vagy aneurysma klip

Műszem, beépített hallásvédő készülék

Lövedék, sörét, fémszilánk

Szív műbillentyű

Beépített üzleti protézis, művégtag

Ortopédiai fémszilánk

Egyéb fémszilánk (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 szövődményeket, 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

_____ alírás

A beteg karszalagról azonosítva: igen ☐ nem ☐

A recepció személyzet (név, cím) alírása:

_____ alírás

