



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Tel.: 06-22-397-383, Fax.: 06-22-397-383

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen tapasztalt-e mellékhatást?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen, írja le:		
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek fertőző betegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek bármilyen allergiás betegsége, gyógyszerérzékenysége?		
Nőbetegek: tud-e Ön terhességéről?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szoptat-e?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKA

MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Tel.: 06-22-397-383, Fax.: 06-22-397-383

Vannak-e az Ön testében következő tárgyak?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szívrítmus szabályozó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agyi- vagy aneurysma klip	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Műszem, beépített hallásjavító készülék	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lövedék, sörét, fémszilánk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szív műbillentyű	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beépített üzleti protézis, művégtag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortopédiai fémanyag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Egyéb fémanyag (pl- foghíd, korona, piercing)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 megválaszoltak 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

aláírás

A beteg karszalagról azonosítva: igen nem

A recepció személyzet (név, cím) aláírása:

aláírás

