



## Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR (mágneses rezonancia) vizsgálathoz

Kezelőorvosa javaslatára MR vizsgálatot fogunk végezni Önnél.

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

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

### Vizsgálat előtti teendők:

- Beleegyező nyilatkozat kitöltése, melynek során, kérjük, jelezze, ha testébe műtéti eljárással beépített fémtárgyat helyeztek (protézis, klip, fémcsavarok, gyógyszeradagoló, fém fogpótlás, művégtag, stb) ha várandós vagy a várandósság lehetősége felmerül!
- **A vizsgálat során a testen nem lehet semmilyen fémtárgy! Kérjük figyelmesen vizsgálja meg ruházatát, van-e fém része (gomb, cipzár, csat, öv, merevítés, díszítés), valamint zsebeiben ne maradjon kulcs, pénzérme, mobiltelefon, bankkártya, egyéb fémtárgy! Vizsgálat előtt kivehető fém fogpótlását is szíveskedjen eltávolítani!**
- Ékszereit, óráját, testékszereit, hajcsatjait vegye le és tárolja az öltözőben!  
Felhívjuk figyelmét, hogy értéktárgyaiért nem vállalhatunk felelősséget!
- Ha az arcán fémtartalmú szépítőszert van (szemhéjfesték, púder, stb), azokat is távolítsa el a vizsgálóhelyiségbe lépés előtt!

### A vizsgálat menete:

Ön a vizsgálóasztalon fog feküdni egy cső alakú berendezésben. A vizsgálat időtartama – típusától függően – 15-50 perc lehet. Készüljön fel arra, hogy a vizsgálat zajterheléssel jár, ez a berendezés normál működésének velejárója. A vizsgálat sikere érdekében rendkívül fontos, hogy a vizsgálat egész ideje alatt Ön nyugodtan, teljesen mozdulatlanul fekszen és egyenletesen, nyugodtan lélegezzen. Az MR vizsgálat egész ideje alatt látjuk és halljuk Önt, bármilyen problémáját jelezheti. Amennyiben Ön tud arról, hogy bezártság érzése (klausztofóbiája) van, erről a vizsgálat előtt tájékoztassa az asszisztenst!

### Kontrasztanyag alkalmazása:

A vizsgálat során szükség lehet speciális MR-kontrasztanyag intravénás beadására. Az ismert kontrasztanyag vagy gyógyszerérzékenységéről, a beleegyező nyilatkozatban kell nyilatkoznia. Kérjük, hogy ha a kontrasztanyag adása közben vagy után bármit észlel, azonnal jelezze! A kontrasztanyag adása ellenjavallt csökkent veseműködésű betegeknél!



Beteg neve:..... Születési idő:.....

Kérjük szíveskedjen az alábbi kérdésekre válaszolni!

1. Testsúly:.....

2. Testmagasság:.....

3. Van-e az Ön testében a következő tárgyak valamelyike?

Szívritmus szabályozó (pacemaker)	Igen	Nem
Agyi- vagy aneurysma klip	Igen	Nem
Műszem vagy hallásjavító készülék	Igen	Nem
Lövedék, sörét, fémszilánk	Igen	Nem
Szív műbillentyű	Igen	Nem
Beépített ízületi protézis vagy művégtag	Igen	Nem
Ortopédiai fémanyag	Igen	Nem
Egyéb kém anyag (foghíd, korona, piercing, stb)	Igen	Nem

4. Van-e bármilyen allergiás betegsége, gyógyszerérzékenysége?  
mi az?..... Igen Nem

5. Korábbi MR kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt mellékhatást?  
mi volt az?..... Igen Nem

6. Van-e szív- vagy vesebetegsége?  
mi az?..... Igen Nem

7. Nők esetében: Ön várandós? Igen Nem  
Szoptat? Igen Nem

Ha szükséges a z intravénás kontrasztanyag adásába **beleegyezem** **nem egyezem bele**

Alulírott jelen nyilatkozat adásával hozzájárulok az MR vizsgálatához szükséges személyes adataim, a Tolna megyei Balassa János Kórház általi kezeléséhez. Engedélyezem, hogy a gyógykezelés érdekében rögzített egészségügyi **adataimat továbbítsák a házi orvosomnak**, illetve ha a gyógykezelésem során erre szükség lesz, akkor a **kórház belső informatikai hálózatán** vagy más egészségügyi intézménynek: **Igen** **Nem**

**kivéve:** .....

Kijelentem, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további kérdéseimre megfelelő, érthető választ kaptam és megértettem, az MR vizsgálatához hozzájárulok: **Igen** **Nem**

Tájékoztatót adta:..... orvos/szakdolgozó

Szekszárd, .....

Beteg vagy törvényes képviselő aláírása

Akut ellátás esetén a vizsgálatot kérő orvos aláírása:.....