

## Kedves Betegünk!

Önt kezelőorvosa a panaszai illetve a betegsége pontos tisztázása, valamint a megfelelő kezelés megválasztása/követése érdekében MR vizsgálatra küldte. A kezében tartott tájékoztató az Ön vizsgálatával kapcsolatos információkat és kérdéseinket, valamint az Ön beleegyezési nyilatkozatát és a lelet átvételével kapcsolatos tudnivalókat tartalmazza. Kérjük figyelmesen olvassa el az MR vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövődményekkel kapcsolatos információkat is. Ha bármilyen egyéb kérdése lenne, kérjük, forduljon a vizsgáló operátorhoz vagy a vizsgálatot vezető orvoshoz. Az MR vizsgálatok előjegyzési sorrendben történnek, előfordulhat azonban, hogy súlyosabb állapotú betegek sürgős vizsgálata vagy egy Ön előtt lévő beteg vizsgálatának elhúzódása miatt az Ön vizsgálata a megadott időpontnál később kezdődik, ezért megértését kérjük! Jelentősen segíti a vizsgálat eredményességét, ha Ön a várakozás ideje alatt tájékozódik a vizsgálatról és felkészül a következőkben leírtaknak megfelelően.

## TÁJÉKOZTATÓ AZ MR-VIZSGÁLATRÓL

**ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK:** Az MR-vizsgálat a modern képalkotó diagnosztika egyik korszerű eljárása. Ennek során erős mágneses térben a vizsgált szervekről, illetve a test adott részeiről számítógép segítségével képeket készítenk különböző síkokban. A módszer a kóros elváltozásokat nagy pontossággal képes kimutatni. Az eljárás sugárterheléssel nem jár. Mai ismereteink szerint még ismételt vizsgálatok sem veszélyeztetik a vizsgált személyt, káros hatása, következménye tehát nincs.

**VIZSGÁLAT ELŐTTI TEENDŐK:** Tekintettel arra, hogy a mérések mágneses térben rádiófrekvenciás hullámokkal történnek, azoknál a betegeknél, akiknek pacemaker (szívritmus szabályozót) ültettek be, a vizsgálat nem végezhető el. Azok az eszközök, amelyek mágneses anyagot (vas, acél) tartalmaznak, a mágneses térben a helyükről elmozdulhatnak, súlyos, akár életveszélyes sérülést okozva vagy értékelhetetlen vizsgálatot eredményezve. Ilyen eszközök pl.: csípő- vagy egyéb ízületi protézis, szög, csavar, fémbillentyű, ideg- vagy érebbézeseti érszorító stb.) Amennyiben az Ön testében ilyen vagy hasonló eszközök előfordulnak, feltétlenül jelezze a vizsgálatot irányító orvosnak, illetve a vizsgálatot végző operátornak! A testén viselt fémtárgyakat (hallókészülék, óra, lánc, fémcsat, testékszer, műfogsor stb.) le kell vennie, zsebeit (fémpénz, kulcs, toll, bankkártya, telefon stb.) ki kell ürítenie és a vetkőzöbön lévő értékmegőrző szekrényben kell elhelyeznie. Elektromos árammal működő, vagy mágneses részeket tartalmazó tárgyak az erős mágneses térben tönkremehetnek, ezekért felelősséget vállalni nem tudunk! Ha az Ön arcán valamilyen fémtartalmú szépítőszert, (csillámporos szemhéjfesték, púder stb.) van, azt feltétlenül távolítsa el még a vizsgálóhelyiségbe való bemenetel előtt, mert azok is értékelhetlenné teszik a vizsgálatot. Azokat a gyógyszereket, amelyeket rendszeresen szednie kell, vizsgálat napján is vízzel be kell vennie. Vizsgálat előtti napokban bőven (2-3 liter) fogyasszon folyadékot. Amennyiben délben vagy az esti órákban kerül vizsgálatra, még a vizsgálat napján is bőven fogyasszon folyadékot. A vizsgálat előtt 2 órával már ne egyen, de folyadékot (vizet) fogyasszon! Amennyiben a vizsgálat során Ön intravénás kontrasztanyagot kap, úgy a vizsgálatot követő 2-3 napon is bőven fogyasszon folyadékot!

**A VIZSGÁLAT MENETE:** A vizsgálat ideje 15-40 perc. A vizsgálat fekvő helyzetben történik, fájdalommal nem jár. Egyetlen hátránya, hogy a páciensnek egy viszonylag szűk térben kell fekvődni, ami egyesekben bezártság érzetet kelthet. A vizsgálat alatt különös gépzörejek hallhatók.

Amennyiben Önt zavarja a zaj, kérjen füldugót az operátortól. Ha fél vagy szorongást érez, mikrofonon keresztül beszélhet az asszisztenssel.

A vizsgáló helyiség TV-kamerával is fel van szerelve, így a vizsgálatot végző személyzet jól látja Önt. Hangszórón keresztül tudnak egymással beszélni és egy nővérhívó pumpa segítségével bármikor be tudja hívni. Vizsgálat előtt két órával ne egyen, de igyon! Vizsgálat közben nem szabad mozogni, az operátor által beállított testhelyzetben kell fekvődni. A mellkasi és hasi vizsgálatoknál a légzést vissza kell tartani, erre a vizsgálatot végző operátortól mikrofonon keresztül kap utasítást. Az egyes mérések 2-7 perc alatt készülnek el.

**LEHETSÉGES VESZÉLYEK, SZÖVŐDMÉNYEK ÉS AZOK ELKERÜLÉSE, ELHÁRÍTÁSA:** Amikor egy szerv működéséről, vagy a szervben lévő elváltozásról pontosabb képet kell kapnunk, intravénásan paramagnetikus kontrasztanyag adása szükséges, amit szakmai ajánlások írnak elő. Ezt legtöbbször a karvénán keresztül juttatjuk a szervezetbe.

Kontrasztanyag túlérzékenység (allergia) ritkán fordul elő. Tünetei: az arc, ajak, nyelv, torok duzzanata, köhögés, viszketés, orrfolyás, tüsszögés, csalánkiütés, nehézlégzés, fulladásérzés. Amennyiben ezek a tünetek vagy egyebek a kontrasztanyag adása után előfordulnak, azonnal tájékoztassa a vizsgálatot végző operátort. Felhívjuk a figyelmét, hogy ezek a tünetek 24 órán belül, később is előfordulhatnak, ilyenkor, kérjük, jelentkezzen a kezelőorvosánál vagy az ügyeleten! Az allergia enyhe, ritkán súlyos lehet. Nagyon ritkán kerül sor ún. anafilaxiás (túlérzékenységi) sokkos állapot kialakulására, melynek elhárítására az intézetünk felszerelt és felkészült, a szükséges klinikai háttér biztosított. Abban az esetben, ha Ön veseelégtelenségben szenved, veséje elégtelenül működik, a paramagnetikus kontrasztanyagok a vese, de akár a szervezet egészét érintő hegesedést okozhatnak (NSF - Nefrogén Szisztémás Fibrózis). Ahhoz, hogy ezt elkerüljük, kérjük, figyelmesen olvassa el a túldoldalon a kérdőívet és pontosan válaszoljon a kérdésekre. Amennyiben egynél több rizikótényezője van, a veseműködésre vonatkozó laborvizsgálat eredményének ismerete azért fontos, hogy az esetleges vesekárosodásokat elkerülhessük.

Terhesség és szoptatás ideje alatt MR-vizsgálatról vagy MR kontrasztanyag intravénás adásáról a kezelőorvosa és a vizsgálatot végző radiológus feltétlenül konzultáljon! Amennyiben Ön szoptat, javasoljuk, hogy a kontrasztanyag adását követően két napig ne szoptasson, a tejet fejeje le, de ne adja gyermekének!

Amennyiben további kérdése van, forduljon a vizsgálatot végző asszisztenshez, vagy a vizsgálatot irányító szakorvoshoz!

Köszönjük együttműködését, jobbulást kívánunk!

### A VIZSGÁLATRA ÉRKEZŐ TÖLTI KI

#### KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE!

- Tud-e arról/van-e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Kapott-e korábban MR-kontrasztanyagot? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Ha igen, voltak-e allergiás tünetei? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Tud-e arról/van-e Önnek asthmás betegsége? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Fennáll-e terhesség Önnél? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Szoptat-e? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Tud-e arról, hogy Önnek vesebetegsége lenne? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Van-e egyéb említésre méltó betegsége? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Ha igen, mi az? .....
- Van-e a szervezetébe beültetve, illetve visel-e Ön fémtartalmú idegen testet? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Van-e a szervezetében, ill. visel-e elektromos árammal működő készüléket? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Tud-e arról, hogy fertőző betegsége van (TBC, májgyulladás, stb.)? ..... **NEM** ..... **IGEN**
- Kérjük, adja meg testsúlyát ..... kg és magasságát.....cm
- Legutóbbi Se kreatinin (eGFR) mérés ideje: ..... év ..... hónap ..... nap ..... Értéke: .....

## A VIZSGÁLATRA ÉRKEZŐ TÖLTI KI

Amennyiben az Ön testében vagy az Ön **testén fém, idegenanyag**, stb. előfordul, kérjük, jelezze a vizsgálatot végző operátornak, vagy a vizsgálatot irányító orvosnak! Ha Önnek a vizsgálattal kapcsolatos kérdése van, kérjük, tegye fel vizsgáló orvosának vagy az operátornak!  
Amennyiben az Önnél lévő tárgy a vizsgálat során károsodik, vagy Önben kárt okoz, azért felelősséget nem vállalunk!

Alulírott kijelentem, hogy testemben vagy testemen idegen anyagot  viselek. Hol, mely testtájon? .....  
 nem viselek

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:

## NYILATKOZAT AZ MR-VIZSGÁLATRÓL, KONTRASZTANYAG ADÁSÁRÓL

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam MR-vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen kétoldalas írásbeli tájékoztatót elolvastam, (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálattal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek.

**MR-VIZSGÁLATBA** és amennyiben szükséges, **INTRAVÉNÁS KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA BELEEGYZEM.**

Tudomásul veszem, hogy ha a vizsgálat elkészültét követő 30 naptári napon belül nem veszem át a vizsgálat eredményét, az megsemmisítésre kerül. További másolatot csak az érvényes díjtétel szerinti térítés ellenében tudnak számomra biztosítani. Tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálatommal kapcsolatban keletkezett egészségügyi dokumentációt (képek, leletek, stb.) a vizsgálatomat végző cég a mindenkorai adatvédelmi szabályok betartásával kezelje és tárolja.

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:

**KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYEZEM BELE.** Az értékelhető eredményhez bizonyos esetekben szükség lehet kontrasztanyag adására. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyagot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség a kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:

201..... év .....hó .....nap

## NYILATKOZAT A VIZSGÁLAT TELERADIOLÓGIAI ÚTON TÖRTÉNŐ LELETEZÉSÉHEZ

Hozzájárulok ahhoz, hogy gyógykezelésem érdekében a mai nap elvégzett vizsgálatom leletezését az Affidea Magyarország Kft. alkalmazásában lévő orvos végezze telerradiológiai úton. Hozzájárulok ahhoz, hogy a leletező orvos jelen vizsgálatom képanyagát, amennyiben van, a betegségemre vonatkozó előző vizsgálatok képanyagát és az ezzel kapcsolatos dokumentációkat megtekinthesse.

**IGEN / NEM** (Kérjük karikázza be)

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:

A vizsgálat után az írásos lelet elkészítése több órát (bizonyos esetekben néhány napot) vehet igénybe.

Ha ezt nem tudja megvárni, javasoljuk, hogy az eredményt:

- **Későbbi időpontban vegye át személyesen**
- **Bízzon meg valakit a lelet későbbi átvételével** (ehhez meghatalmazás szükséges)
- **Kérheti az eredmény postázását**, ha Ön megcímzett, bélyeggel ellátott A5 méretű **levegőbuborékos** borítékot hoz és ad le a recepción

Kérjük, hogy az Ön számára legmegfelelőbb megoldást karikázza be és **döntését közölje a recepción**, illetve töltsse ki az alábbiakat, ha a leletet nem Ön veszi át.