

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR vizsgálat elvégzéséhez

— Kedves Páciensünk!

Kérjük, beleegyezését megelőzően figyelmesen olvassa el a vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövődményekkel kapcsolatos információkat.

— Általános tudnivalók

Az MR-vizsgálat (mágneses magrezonancián alapuló képalkotó diagnosztikai eljárás) a modern képalkotó diagnosztika egyik korszerű eljárása. Ennek során erős mágneses térben a vizsgált szervekről, illetve a test adott részeiről számítógép segítségével képeket készítünk 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.

Terhesség és szoptatás ideje alatt MR-vizsgálatról vagy MR kontrasztanyag intravénás adásáról a kezelőorvosa és a vizsgálatot végző radiológus feltétlenül konzultáljon!

A kontrasztanyagok kismértékben választódnak ki az anyatejbe és minimális mennyiségben szívódnak fel a baba bélrendszeréből. Amikor szoptató édesanya gadolínium tartalmú kontrasztanyagot kap, a szoptatást a normál körülményeknek megfelelően folytathatja.

— Vizsgálat előtti teendők

Tekintettel arra, hogy a mérések mágneses térben rádiófrekvenciás hullámokkal történnek, azoknál a betegeknél, akiknek pacemaker (szívritmus szabályozót) ültettek be, a vizsgálat központjainkban nem végezhető el. Azok az eszközök, amelyek mágnesezhető anyagot (vas, acél) tartalmaznak, a mágneses térben a helyükről elmozdulhatnak, súlyos, akár életveszélyes sérülést okozva vagy értékelhetetlen vizsgálatot eredményezve. Amennyiben az Ön testében ilyen vagy hasonló eszközök (pl.: csípő- vagy egyéb ízületi protézis, szög, csavar, fémbillentyű, ideg- vagy érsebészeti érszorító stb.) 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 vetkőzöben lévő értékmegőrző szekrényben kell elhelyeznie. Elektromos árammal működő, vagy mágneses részeket tartalmazó tárgyak az erős mágneses térben tönkre mehetnek, ezekért felelősséget vállalni nem tudunk! Ha az Ön arcán valamilyen fémtartalmú szépitőszer, (csillámporos szemhéjfesték, púder stb.) van, azt feltétlenül távolítsa el még a vizsgálóhelyiségbe való bemenetel előtt, mert azok is értékelhetlenné tehetik a vizsgálatot. Azokat a gyógyszereket, amelyeket rendszeresen szednie kell, a 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 4 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. Hátránya, hogy a páciensnek egy viszonylag szűk térben kell fekvőnie, 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.

Hangszórón keresztül tud a vizsgálatot végző személlyel beszélni és egy vészjelző segítségével bármikor be tudja őt hívni. 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.

MR vékonybél, has-kismedencei vagy kismedencei MR vizsgálatok esetében a vizsgálat során a bélmozgás csökkentése simaizom-görcsoldó hatású injekcióval történik. A szer hatása 10-15 percig tart, nem okoz álmoságot.

— 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.

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Kontrasztanyag MR vizsgálatoknál a kontrasztanyagot legtöbbször a könyökvénán keresztül juttatjuk a szervezetbe, általában egy pumpa (injektor) segítségével. A beadás során rövid ideig melegséget, forróságot érezhet. Fémesség, esetleg hányinger, ritkán hányás jelentkezhet. Az arra hajlamosaknál, a kontrasztanyag kijuthat az érpályából, feszítő csípő érzést okozva. Amennyiben ilyen előfordul, kérjük jelezze! Ez egyébként károsodást nem okoz, nyom nélkül felszívódik. A végtag borogatása javasolt.

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 alakul ki anafilaxiás (túlérzékenységi) sokkos állapot, mely extrém esetben a keringés összeomlásához, szívmegálláshoz vezethet. Egy esetleges allergiás reakció elhárítására az intézetünk felszerelt és felkészült, a szükséges klinikai háttér biztosított. Abban az esetben, ha Ön veseelégtelenségben szenved, 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 vizsgálati kérdőívet és pontosan válaszoljon a kérdésekre. Amennyiben egynél több rizikótényezője van, a veseműködésre vonatkozó laborvizsgálat eredményének ismerete azért fontos, hogy az esetleges vesekárosodásokat elkerülhessük.

A simaizom-görcsoldó injekció hatása 10-15 percig tart, nem okoz álmodást, de lehetnek mellékhatásai, melyek elhanyagolhatóak az előnyeihez képest: szájszárazság, szapora szívverés, vizelet-visszatartás, melyek általában enyhe fokúak. Ritkán előfordulhat allergiás reakció is (bőrkiütés, vérkeringési és légzési panaszok, súlyos esetben életveszélyes állapot, sokk). Előfordulhat, hogy szemizmai ellazulnak, mely látászavart okoz, ezért látási panaszok esetén kérjük, annak elmúltáig ne vezessen! Ha ilyet észlel, vagy szemében fájdalom keletkezik, haladéktalanul szemész szakorvoshoz kell fordulnia, mert lappangó betegség állhat a háttérben!

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

Mint minden diagnosztikai vizsgálatba, úgy az MR vizsgálatba, továbbá a kontrasztanyag MR vizsgálatba is az egészségügyről szóló törvény előírása szerint, amennyiben kéri annak elvégzését, Önnek bele kell egyeznie. A beleegyező nyilatkozat aláírása nélkül a vizsgálatot nem végezhetjük el.

— **Köszönjük együttműködését, jó egészséget kívánunk!**

Vizsgálati kérdőív

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre, válaszát a jelölőnégyzet használatával X jellel jelölje.

Tudomása szerint Ön terhes?

Igen/Lehetséges Nem

Figyelem! Amennyiben Igen/Lehetséges a válasz, a „Várandós nyilatkozat elektromágneses sugárzást alkalmazó vizsgálat (MR) elvégzéséhez” nyilatkozat kitöltése is szükséges!

Van-e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége?

Igen Nem

Kapott-e korábban MR-kontrasztanyagot?

Igen Nem

Ha igen, voltak-e allergiás tünetei?

Igen Nem

Van-e Önnek asztmás betegsége?

Igen Nem

Van-e Önnek vesebetegsége?

Igen Nem

Van-e Önnek magasvérnyomásos betegsége?

Igen Nem

Van-e Önnek cukorbetegsége?

Igen Nem

Van-e Önnek fertőző betegsége (TBC, májgyulladás stb.)?

Igen Nem

Szoptat-e?

Igen Nem

Visel-e méhen belüli fogamzásgátló eszközt (spirál)?

Igen Nem

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Van-e Önnek egyéb említésre méltó betegsége?

Igen

Nem

Egyéb említésre méltó betegsége

Testmagasság (cm)

Testsúly (kg)

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!

Visel-e testében vagy testén fém/idegen anyagot, vagy elektromos árammal működő készüléket?

Igen, viselek

Nem, nem viselek

Amennyiben igen, mely testtájon?

Koponya

Mellkas

Has

Medence

Végtagok

Fém/idegen anyag típusa:

Stent

Szívritmus szabályozó

Aorta-koszorúér bypass

Mesterséges szívbillentyű

Sebészeti lemez, csavar

Aneurizma klip

Ízületi implantátum

Szem, fül vagy fogászati implantátum

Test piercing

Tetoválás vagy tetovált smink

Mágneses kozmetikum és hajápolás (pl. mágneses szempilla, mágneses körömlakk)

Bármilyen más fém: _____

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott kijelentem, hogy teljes körű, számomra érthető és megfelelő írásbeli és szóbeli tájékoztatásban részesültem, különös tekintettel a vizsgálat céljáról, menetéről, elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, az esetleges szövődményekről, továbbá döntési jogomról a vizsgálatok, beavatkozások tekintetében. Lehetőségem volt további kérdezésre, a beavatkozással kapcsolatos kérdéseimre (ha volt ilyen) kielégítő választ kaptam, az elhangzottakat megértettem. Lehetőségem volt az eljárásban közvetlenül közreműködő személyek nevének, szakképesítésének és beosztásának megismerésére. Több kérdésem nincs, további gondolkodási időre nincs szükségem. Döntésem meghozatalához elegendő idő állt a rendelkezésemre, és a hozzájárulást bármely kényszertől mentesen, tiszta tudattal adom meg.

A vizsgálat lényegét megértettem, az MR vizsgálatba beleegyezem.

Páciens (vagy törvényes képviselőjének) aláírása

Tájékoztatott arról, hogy az értékelhető eredményhez bizonyos esetekben szükség lehet kontrasztanyag adására. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyag adásába nem egyezem bele, a kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó hátrányos következményekért az Affideát nem terheli felelősség.

Szükség esetén vénás kontrasztanyag adásába beleegyezem.

Vénás kontrasztanyag adásába nem egyezem bele.

Páciens (vagy törvényes képviselőjének) aláírása

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Amennyiben a PÁCIENS NEM TUD A MAGA NEVÉBEN nyilatkozni és/vagy aláírni, ennek oka

- 18 év alatti Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen felnőtt
 Egyéb - kérjük részletezze!

**Törvényes képviselő teljes neve
(Kérjük nyomtatott betűvel, olvashatóan kitölteni!)****Beleegyező nyilatkozat aláírásának dátuma**