

## MRI BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név: .....

Születési hely/dátum: .....

Vizsgálat időpontja: .....

Az MRI vizsgálatot orvosom, Dr..... kezdeményezte / én magam kezdeményeztem.

### Kedves Páciensünk!

Önt kezelőorvosa a panaszai illetve a betegsége pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztása/követése érdekében MRI vizsgálatra küldte. A kezében tartott tájékoztató az Ön vizsgálatával kapcsolatos információkat és kérdéseinket, valamint az Ön beleegyezési nyilatkozatát tartalmazza.

Kérjük, figyelmesen olvassa el az MRI vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövődményekkel kapcsolatos információkat. Ha bármilyen kérdése lenne, kérjük, forduljon a vizsgáló operátorhoz vagy a vizsgálatot vezető orvoshoz. Az MRI 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 rendelkezésre bocsátja előző leleteit, korábbi vizsgálatainak képi anyagát. A várakozás ideje alatt tájékozódjon a vizsgálatról az alábbiak szerint.

### TÁJÉKOZTATÓ AZ MRI VIZSGÁLATRÓL

Az MRI vizsgálat a modern képalkotó diagnosztika egyik korszerű eljárása. Ennek során erős mágneses térben a test adott részéről a számítógép segítségével képeket készítünk különböző síkokban. Az eljárás sugárterheléssel nem jár, a mai ismereteink szerint nincs kimutatott egészségkárosító hatása. Azonban minden olyan betegre veszélyt jelenthet, akinél műtéti úton fémtartalmú mágnesezhető fémet ültettek be (szívbillentyű, érleszorító, neurostimulator, belső beépített hallókészülék, ízületi protézis, gyógyszer befecskendező készülék) vagy akinek baleset következtében fém idegentest (fémreszelék, fémszilánk, lövedék) került a szervezetébe. Azok az eszközök, tárgyak, amelyek mágnesezhető anyagot (vas, acél) tartalmaznak, a mágneses térben a helyükről elmozdulhatnak illetve felforrósodhatnak, súlyos, életveszélyes sérüléseket okozhatnak vagy értékelhetetlenné tehetik a vizsgálatot. Ennek/ezeknek a meglétéről feltétlenül tájékoztassa a vizsgálatot végző operátort vagy a radiológus orvost. Ennek elbírálása a radiológus orvos feladata, éppen ezért kérjük hozza magával a zárójelentését, ehhez kapcsolódó dokumentumait. A testen viselt fémtárgyakat (hallókészülék, óra, lánc, fémcsat, testékszer, hajcsat, hullámcsat stb.) le kell venni, zsebeit ki kell üríteni (fémpénz, kulcs, mágneskártya, toll stb.) a vetkőzöben lévő öltözőszekrényben kell elhelyezni. Ha az Ön arcán fémtartalmú szépfesték (szemhéjfesték, púder, mágneses műszempilla) van, vagy parókat hord, azt feltétlenül távolítsa el. Azokat a gyógyszereket, amelyeket rendszeresen szednie kell, a vizsgálat napján is kevés vízzel be lehet venni. Esetleges kontrasztanyag adás miatt a vizsgálat előtt 4-6 órával lehetőleg már ne egyen, de inni lehet.

## **A VIZSGÁLAT MENETE:**

A vizsgálat ideje 20-60 perc. Ez nagyban függ attól, hogy melyik testrészt vizsgáljuk, illetve mi a betegsége. A vizsgálat fekvő helyzetben történik, fájdalommal nem jár. Egyetlen kényelmetlensége, hogy a vizsgálat egy viszonylag szűk térben történik, ez egyeseknél bezártság érzetet (klausztofóbia) kelthet. A LIV DMC készüléke az átagosnál tágasabb és rövidebb, ezért az ismert klausztofóbiás páciensek nagy része is megvizsgálható - erről az előjegyzéskor kérjük előre tájékoztasson minket!

Ha vizsgálat közben szorongást érez, vagy bármi egyéb probléma merül fel, jelezzen a vizsgálatot végző operátornak, aki a vizsgálat alatt végig figyeli Önt.

A készülék működése közben kopogó, berregő hangot ad ki, ekkor történik a felvételek készítése. A pácienseknek vizsgálat alatt mozdulatlanul kell feküdni az operator által beállított pozícióban, ellenkező esetben a mozgásból eredő zavaró műtermékek miatt a képek az orvos számára értékelhetetlenné válnak.

## **LEHETSÉGES VESZÉLYEK, SZÖVŐDMÉNYEK ÉS AZOK ELKERÜLÉSE, ELHÁRÍTÁSA:**

Bizonyos vizsgálatoknál intravénás kontrasztanyag adására lehet szükség. A kontrasztanyag esetleg kijuthat az érpályából, feszítő érzést okozva. Ha ilyet tapasztal, kérjük jelezze. Kontrasztanyag túlérzékenység (allergia) ritkán fordul elő. Tünetei: az arc, ajak, nyelv, torok duzzanata, köhögés, nehézlégzés, csalánkiütés, fulladásérzés. Amennyiben kontrasztanyag beadását követően ezen tünetek bármelyikét észleli, azonnal jelezze a vizsgálatot végző operátornak. Felhívjuk figyelmét, hogy ezek a tünetek 24 órán belül, valamint később is előfordulhatnak, ilyenkor kérjük jelentkezzen kezelőorvosánál vagy az ügyeleten! Az allergia enyhe, ritkán súlyos is lehet. Nagyon ritkán felléphet ún. anafilaxiás sokkos állapot, melynek elhárítására az intézetünk felszerelt és felkészült, a szükséges klinikai háttér biztosított. Speciális vizsgálatokhoz simaizom-görcsoldó beadása is szükséges lehet, amely ritkán szintén a fenti mellékhatásokhoz, valamint látászavarhoz vezethetnek.

Várandósság (vagy annak gyanúja) esetén az első trimeszterben és szoptatás ideje alatt az MRI vizsgálatról vagy MRI kontrasztanyag intravénás alkalmazásáról a kezelőorvosa és a vizsgálatot végző radiológus feltétlenül konzultáljon!

Abban az esetben, ha Ön esetleg vese alulműködésben, elégtelenségben szenved, a paramagnetikus kontrasztanyagok a vese, de akár a szervezet egészét érintő hegesedést okozhatnak, ezért kontrasztanyag adásához elengedhetetlenül szükséges 1 hónapnál nem régebbi vese-funkciós laboreredmény (eGFR) megléte. Ezt szükség esetén a vizsgálat előtt, a helyszínen is meg tudjuk mérni.

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

(Írás esetén olvasható betűkkel szíveskedjen kitölteni.)

Van e szervezetében pacemaker, műbillentyű, aneurysma clip, stent, ..... IGEN NEM  
műszem vagy beépített hallókészülék? ..... IGEN NEM  
Van e a szervezetében lövedék, sörét, fémszilánk illetve szem környékén szilánk? ..... IGEN NEM  
Van e beépített ízületi protézise, művégtagja, vagy ortopédiai fémanyag (csavar, lemez szög, drót) ..... IGEN NEM  
Van e kivehető műfogsora, fogpótlása, piercingje? ..... IGEN NEM  
Van e Önnek valamilyen gyógyszerérzékenysége, fémallergiája? ..... IGEN NEM  
Ha igen milyen? ..... IGEN NEM  
Kapott e már korábban MRI kontrasztanyagot? ..... IGEN NEM  
Ha igen voltak e mellékhatásai? ..... IGEN NEM  
Tud-e arról/van-e Önnek vesebetegsége? (veseműtét, fehérjevizelés) ..... IGEN NEM  
Tud-e arról/van-e Önnek fertőző betegsége (TBC, májgyulladás, stb.)? ..... IGEN NEM  
Fennáll-e terhesség Önnél? ..... IGEN NEM  
Szoptat-e? ..... IGEN NEM  
Van-e egyéb említésre méltó betegsége? ..... IGEN NEM  
Ha igen, mi az?  
.....

Kérjük, adja meg testsúlyát ..... kg és magasságát.....cm

### **Asszisztens tölti ki:**

Legutóbbi Se Kreatinin (eGFR) mérés ideje: ..... év ..... hónap .....nap  
Értéke: .....

### **Vizsgálendő testrész (oldal megjelölés):**

**Vizsgálatkérés oka, iránydiagnózis (alapbetegség, tünetek, panaszok, baleset, törés):**

**Egyéb súlyosabb, ismert alapbetegségek (daganatos / gyulladásoos / autoimmun / érbetegség /  
Egyéb):**

**A vizsgált területen történt-e műtét, sugárkezelés, egyéb kezelés - és mikor (dokumentációk):**

**Milyen vizsgálatai (pl. biopszia/szövettan, endoszkópia, klinikai vizsg,) voltak eddig a panasszal  
kapcsolatban (milyen eredménnyel):**

**Operátori megjegyzés:**

## **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MRI VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL**

Alulírott kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztató minden oldalát elolvastam, (illetve kérdéseim alapján szóbeli felvilágosítást kaptam). A vizsgálat lényegét megértettem, a javasolt MRI vizsgálatba, szükség esetén vénás kontrasztanyag adásába, illetve szövődmény esetén a szükséges terapiás beavatkozásba beleegyezem. Megértettem, hogy terhességben a vizsgálat csak súlyos betegség gyanúja esetén vagy speciális esetekben végezhető el. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem szolgáltatók pontos, teljeskörű egészségügyi információkat a vizsgálatához – beleértve az előzményeket is – úgy a betegségem megállapítása késhet, pontatlan lehet vagy akár el is maradhat, amikért a LIV DMC nem vállal felelősséget. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatot követően az egészségügyi dokumentáció (köztük a lelet) átvétele saját felelősségemre történik, az én kötelezettségem. A LIV Duna Medical Center nem vállal felelősséget a lelet Ön által történő átvételének vagy a további vizsgálatok, kezelések elmaradásából eredő esetleges következményekért, (ideértve az egészségkárosodást is). A LIV Duna Medical Center, mint adatkezelő teljesíti az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben foglalt (adatmegőrzési és EESZT adattovábbítási kötelezettségeit).

Tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálatommal kapcsolatban keletkezett egészségügyi dokumentációt (képek, leletek stb.) a vizsgálatomat végző cég a mindenkori adatvédelmi szabályok betartásával kezeli és tárolja.

**Aláírással nyilatkozom, hogy az MRI vizsgálatba beleegyezem.**

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása: .....

## **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA**

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 gyengébb értékelhetőségéből származó káros következményekért, a betegség megállapításának elmaradásáért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

Kérjük, a megfelelő sort aláhúzni:

**Aláírással nyilatkozom, hogy a kontrasztanyag adásába BELEEGYEZEK.**

**Aláírással nyilatkozom, hogy a kontrasztanyag adásába NEM EGYEZEK BELE.**

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása: .....

## **NYILATKOZAT A VIZSGÁLAT TELERADIOLÓGIAI ÚTON TÖRTÉNŐ LELETEZÉSÉHEZ**

Hozzájárulok ahhoz, hogy gyógykezelésem érdekében a mai nap elvégzett vizsgálatom leletezését a LIV Duna Medical Center alkalmazásában lévő/vele szerződésben levő orvos végezze telerradiológiai úton.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a leletező orvos jelen vizsgálatom képanyagát, amennyiben van, a betegségre vonatkozó előző vizsgálatok képanyagát és az ezzel kapcsolatos dokumentációkat megtekintheti.

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása: .....

## **LELET ÁTVÉTELE**

A vizsgálat után az írásos lelet elkészítése a vizsgálat típusától, jellegétől függően változhat. Az eredményt átveheti:

- EESZT (Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér) használatával az Ügyfélkapun keresztül
- Megbeszélte időpontban személyesen vagy meghatalmazott útján (utóbbi esetben írásos meghatalmazással és személyazonosságot igazoló okmány ellenében)
- Emailben

Kérjük, hogy az Ön számára legmegfelelőbb megoldást jelölje meg és ezt szíveskedjen egyeztetni a vizsgálatot végző asszisztenssel és a recepcióval.

**Kérjük, a jelen vizsgálattal összefüggő korábbi leleteket, előző képanyagot (CD/DVD/weblink), zárójelentéseket szíveskedjen magával hozni a vizsgálatra és a vizsgáló asszisztensnek átadni!**

**Felvilágosítást végző orvos/asszisztens aláírása:**

**Budapest, 20..... év, .....hó.....nap**