



**Intézeti Protokoll**  
**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozatok alkalmazása**  
**51.sz. melléklet**

**Oldal: 1/2**  
**Kiadás száma: 2**

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat - MR vizsgálat**  
**Tisztelt Betegünk!**

Ön, illetve hozzátartozója betegségének pontosabb tisztázására, kezelőorvosa javaslata alapján mágneses rezonanciás (MR) vizsgálatra van szükség. Annak érdekében, hogy biztonságosan és eredményesen el tudjuk végezni a vizsgálatot, kérjük, figyelmesen olvassa el az alábbi tájékoztatót, válaszolja meg a mellékelt vizsgálati beleegyező nyilatkozaton található kérdéseket és azt a megfelelő helyen írja alá.

Az MR vizsgálat olyan vizsgáló módszer, amely nem jár semmilyen egészségre káros sugárzással. Az MR vizsgálat erős mágneses tér és rádióhullámok segítségével alkot képet a vizsgált testrészeiről. A vizsgálat nem fájdalmas, az alábbi kisebb kellemetlenségekkel kell számolnia:

1. Képkalkotás közben a berendezés hangos berregő-zakató hangot ad ki. Hogy ennek zavaró hatását mérsékeljük, munkatársunktól füldugót vagy fejhallgatót kap.
2. Viszonylag hosszú ideig (vizsgálati típustól függően 15-75 percig) mozdulatlanul kell feküdni a munkatársunk által beállított testhelyzetben. A vizsgált testrész elmozdulása rontja a képminőséget, ami téves értékeléshez vezethet. Hasi és mellkasi vizsgálatokhoz szükséges a légzés többszöri 20-30 másodperces, szív vizsgálatoknál 10-15 másodperces visszatartása, amit mikrofonon és fejhallgatón keresztül kérünk. Amennyiben légzőszervi betegség miatt ez akadályba ütközik, kérjük, jelezze munkatársunknak.
3. Testét egy viszonylag szűk, csőszerű alagútba csúsztatjuk, ami kétoldalt nyitott, és a szellőzést ventilátor segíti. Előfordulhat, hogy ez Ön számára kellemetlen élményt jelent. Amennyiben ismert módon bezárt-ság iszonyban (klausztofóbia) szenved, kérje munkatársunk segítségét. Hangsúlyozzuk, hogy az alagút nem zárt, Ön bármikor jelezheti igényét a vizsgálat megszakítására, és ez esetben a vizsgálóasztal az alagútból másodpercek alatt kihúzható!

A vizsgálatok egy része intravénás injekció formájában kontrasztanyag beadását is szükségessé teszi. Az MR kontrasztanyag jódot nem tartalmaz, beadása rendszerint nem okoz kellemetlen érzést, ritkán fordul elő enyhe émelygés vagy melegségérzés. Allergiás reakció csak kivételesen ritkán, tízezer esetből 1-2 alkalommal jelentkezik, ennek ellenére kérjük, hogy ha a kontrasztanyag beadása után 24 órán belül bármilyen mellékhatást (viszketés, bőrkiütést, fulladást, nehézlégzést, fejfájást) tapasztal, azonnal forduljon orvoshoz, és tájékoztassa őt arról, hogy MR vizsgálata történt. Biztonsági okokból célszerű a kontrasztanyag adást megelőző 2 órában éhgyomorral maradni. Folyadékot fogyaszthat. (Gyógyszereiket előírás szerint beveheti, cukorbeteg megfelelő mennyiségű szénhidrátot fogyaszthat.)

Maga a mágneses tér az egészségre ugyan nem ártalmas, de a mágnesezhető fém (vas, acél stb.) tartalmazó tárgyak a vizsgálat helyiségbe jutva akár komoly egészségkárosodást okozhatnak. A testbe épített, vagy egyéb módon bejuttatott fémtárgyakról kérjük, a kérdőíven részletesen nyilatkozzon.

**Ha szívritmus szabályozóval (pacemaker), beültethető defibrillátorral (ICD), gerinc/gyomor/agyi stimulatórral, beépített hallásjavító készülékkel (cochlearis implantatum), vagy más speciális beültetett készülékkel él, a vizsgálat legtöbbször csak speciális előkészületeket követően végezhető el!**

**A vizsgálóhelyiségbe mágnesezhető fémtárgyakkal, ékszerekkel belépni TILOS!**

Koponya vizsgálat előtt hölgy betegeinket tisztelettel kérjük, hogy az esetleges szemhéj festéket, hajtűket, parókat távolítsák el.

**Bankkártyáját, pénzürmét tartalmazó pénztárcáját, óráját, telefonját és egyéb fémtartalmú értékeit, fémtartalmú ruházatát hagyja a vetkőző helyiségben.**

A vizsgálatok előjegyzési sorrendben történnek. Előfordulhat azonban, hogy súlyosabb állapotú betegek sürgős vizsgálata miatt az ön vizsgálata késedelmet szenved. Emellett az intézetünkben végzett egyes speciális vizsgálatok nem ritkán a tervezettnél hosszabb időt vesznek igénybe. A következményes, néha akár több óras csúszásért elnézését kérjük.

A lelet a vizsgálat után általában 5 munkanapon belül készül el, egyes speciális vizsgálatok számítógépes kiértékelése hosszabb időt, 6-14 munkanapot vehet igénybe. Kérjük erről a vizsgálatot végző orvosnál ill. asszisztensnél érdeklődjön.

Az elvégzett vizsgálat lelete felkerül az EESZT-be, amelynek birtokában kérjük keresse kezelőorvosát a további teendők megítélése céljából. A vizsgálat képi dokumentációját kérés esetén Ön vagy az Ön megbízottja (a megfelelő írásos meghatalmazással) személyesen veheti át intézetünkben.

**Kérdéseivel a vizsgálatot végző orvoshoz vagy az operátorhoz fordulhat!**



**Intézeti Protokoll**  
*Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozatok alkalmazása*  
51.sz. melléklet

Oldal: 2/2  
Kiadás száma: 2

**Köszönjük, hogy együttműködésével megkönnyítette munkánkat, és ezzel elősegítette saját gyógyulását!**

**NYILATKOZAT**

Kérjük, hogy esetleges gyógyszerérzékenységről, fennálló súlyosabb betegségről beleegyezése előtt a kérdések igen - nem megválaszolásával nyilatkozzon.

**Beteg neve:** ..... **Azonosító:** .....

**Testsúlya:** .....kg **Testmagassága:** ..... cm

Kapott-e korábban MR kontrasztanyagot? **Igen/Nem**

Ha igen, voltak-e allergiás tünetei? **Igen/Nem**

Észlelt-e gyógyszerekkel kapcsolatos allergiás tüneteket? **Igen/Nem**

Ha igen milyen gyógyszerre: .....

Van-e szervezetében bármilyen fém idegen anyag beültetve? **Igen/Nem**

Van-e pacemakere (szívritmus szabályozó), ICD-je (defibrillátor), műbillentyűje, érklippje, hallásjavító készüléke? **Igen/Nem**

Van-e testékszere és/vagy tetoválása? **Igen/Nem**

Van-e magas vérnyomása, epilepsziája, cukorbetegsége? **Igen/Nem**

Van-e vesebetegsége, májbetegsége, asztmája? **Igen/Nem**

Tud-e terhességről? **Igen/Nem**

*Csak a megfelelő bekezdést jelölje X-el!*

**Hozzájárulok**, hogy rajtam / hozzátartozómon **MR vizsgálatot** végezzenek, és szükség esetén vénás injekció formájában **kontrasztanyagot kapjak**, melynek esetleges mellékhatásairól előzőleg írásos tájékoztatást, kérdéseimre kielégítő választ kaptam.

**Hozzájárulok**, hogy rajtam / hozzátartozómon **MR vizsgálatot** végezzenek, de **kontrasztanyag adásához NEM járulok hozzá**, vállalva a kontrasztanyag vizsgálat elmaradása miatti késedelmes vagy esetleg nem teljes diagnózissal járó következményeket.

**NEM járulok hozzá, hogy az MR vizsgálatot rajtam/hozzátartozómon elvégezzék**, vállalva a vizsgálat elmaradása miatti késedelmes vagy esetleg nem teljes diagnózissal járó következményeket.

**Kijelentem, hogy az MR vizsgálattal kapcsolatos fenti írásos tájékoztatót megértettem, szóbeli kérdéseimre választ kaptam, további kérdésem nincs.**

Budapest, .....hó.....nap

.....  
Beteg aláírása

.....  
Vizsgáló orvos aláírása

.....  
Törvényes képviselő aláírása, törv. képviselő jogcíme  
Személyi igazolvány száma:  
Lakcíme: