B.1.31. BETEGTÁJÉKOZTATÓ
MR (MÁGNESES REZONANCIA) VIZSGÁLATRÓL

Szent Damján Görögkatolikus Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

Tisztelt Betegünk!

Kezelőorvosa mágneses rezonanciás (MR) vizsgálatra utalta be Önt intézetünkbe. **Kérjük, figyelmesen olvassa végig a tájékoztatót és válaszoljon a feltett kérdésekre!** Amennyiben kérdése, észrevétele van a tájékoztatóval vagy a feltett kérdésekkel kapcsolatban, a vizsgálatot végző orvos vagy asszisztens válaszol!

A mágneses sugárzásnak az emberi szervezetre kimutatott káros biológiai hatása a tudomány mai állása szerint nincs. A terhesség első három hónapjában az MR vizsgálat a magzatot károsíthatja. Ismételten hangsúlyozva, hogy az MR-vizsgálat alapvetően ártalmatlan és veszélytelen, nyomatékosan felhívjuk figyelmét a következőkre: **Az MR vizsgálóhelyiségben nagyon erős mágneses tér van. Mielőtt ön belépne az MR helyiségbe, tudnunk kell, hogy vannak-e fémek vagy műszerek az Ön testében**, melyek az MR vizsgálatot zavarhatják, vagy az Ön számára súlyos veszélyt jelenthetnek.

Igen fontos tudnivaló, hogy az Ön testében lévő fémtárgyak (pl. ferromágneses érklip, fémlap, -drót, -csavar, infúziós pumpa, idegstimulátor, cochlearis implantátum, beültetett szívritmus-szabályozó, neurostimulátor, stb.), vagy a testén, vagy ruháján lévő fémtárgyak (pl. hallókészülék, szemüveg, hajcsat, paróka, ékszerek, óra, zsebkés, aprópénz, fémgomb és zipzár, fém övcsat, fém melltartó betét, stb.) is megzavarhatják az MR vizsgálatot, sőt balesetet is okozhatnak, mert az MR-ben lévő mágnes azokat magához rántja, a beültetett szívritmus-szabályozó (pacemaker) működését jelentősen befolyásolhatja, ritkán annak leállását okozhatja. E tárgyakat a vizsgálat előtt hagyja az öltözőben! Ne vigyen a vizsgáló helyiségbe hitelkártyát, bankkártyát vagy órát, mert ezek tönkremennek. **Az MR vizsgálat fájdalommal nem jár.**

A vizsgálat menete: Ön egy kényelmes ágyra fekszik, mely a vizsgálat kezdetén a 60 cm nyílású vizsgálóberendezésbe viszi Önt. A vizsgálatok időtartama átlagosan fél és egy óra között van. Az MR berendezésben 15-45 perces időtartamokban hangos, kopogó zörejt lehet hallani. Ez a zörej a vizsgáló berendezés szabályos működésének zaja. A vizsgálat sikere érdekében rendkívül fontos, hogy a vizsgálat egész ideje alatt Ön nyugodtan, teljesen mozdulatlanul feküdjön, és egyenletesen, nyugodtan lélegezzen. **Az MR-vizsgálat egész ideje alatt látjuk és halljuk Önt**, bármilyen problémáját jelezheti, ha oka van rá, bármikor kérheti a vizsgálat megszakítását.

A pontosabb és megbízhatóbb vizsgálati eredmények érdekében egyes esetekben speciális MR kontrasztanyag intravénás befecskendezésére lehet szükség. Az MR kontrasztanyag gadoliniumos földfémet (gadotersav) tartalmazó, biztonságos, igen kicsi kockázattal alkalmazható anyag. **Az intravénás kontrasztanyag beadásához az ön írásbeli beleegyezésére van szükség.** Mielőtt hozzájárulását adja, tájékoztatnunk kell önt, hogy hasonlóan az egyéb, gadolínium tartalmú kontrasztanyagokhoz, a készítmény használata esetén túlérzékenységi reakciók fordulhatnak elő, főleg a súlyos allergiás betegek, asztmások esetén.
Súlyosabb, életveszélyes kontrasztanyag reakciók rendkívül ritkák, 400 000 esetben egyszer fordulnak elő. Ellenjavallt az intravénás MR kontrasztanyag beadása krónikus 4. és 5. stádiumú vesebetegek GFR<30 ml/min, dializált betegek, csökkent vesefunkciójúak, májtranszplantáltak vagy várományosok, akut veseelégtelenségben szenvedők.

Altatás: csecsemők és kisgyermekek esetén a vizsgálatot altatásban végezzük. Az altatást aneszteziológus szakorvos végzi, aki az altatásról részletes tájékoztatást ad a hozzátartozó részére.

Vizsgálat utáni teendők: a vizsgálat befejezése után tájékoztatást fog kapni a leletkiadás módjáról, lehetőségeiről. Kérjük, hogy a leleteket a saját érdekében őrizze meg és egy esetleges újabb vizsgálatnál hozza magával!

Kisvárda, ...…..... év .....……..... hó ..... nap

A tájékoztatót megértettem. ……..….....

beteg
vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy*
(rokonsági viszony feltüntetésével)

** 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 16 § (2)*

B.1.31. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
MR (MÁGNESES REZONANCIA) VIZSGÁLATBA

Szent Damján Görögkatolikus Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

Alulírott ……..... (név) .....…....……..... (szül.idő) .....……..... (TAJ)

kijelentem és aláírásommal megerősítem, hogy a szükséges kontrasztanyagos MR vizsgálatba beleegyezem, illetve engedélyezem, hogy a vizsgálatot cselekvőképtelen hozzátartozómon, nevezetesen ……..……..... (név) .....…..…… (szül.idő) .....……....… (TAJ) elvégezzék.

Kezelőorvosom, Dr. …….. a beavatkozás szükségességéről, kivitelezéséről és esetleges szövődményeiről és következményeiről írásban és szóban részletesen tájékoztatott. Kérdéseimre kielégítő választ kaptam.
Elismerem, hogy beleegyezésemet kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.
A vizsgálat elvégzéséhez, valamint intravénás kontrasztanyag beadásához szükséges az Ön vagy törvényes képviselőjének beleegyező nyilatkozata.

Kérjük, az alábbi kérdésekre szíveskedjen válaszolni a megfelelő válasz aláhúzásával!

1.) Korábbi MR vizsgálata során kapott intravénás kontrasztanyagot? igen nem
2.) A korábbi kontrasztanyagos vizsgálat során tapasztalt mellékhatást? igen nem
ha igen mi volt az?...……..
3.) Van szív-, vagy cukorbetegsége? igen nem
ha igen, mi az? …….……...
4.) Az előző kérdésre adott igen válasz esetén, milyen gyógyszereket szed annak kezelésére?
…….
5.) Van vesebetegsége? igen nem
A csökkent veseműködésről kezelőorvosának kell részünkre tájékoztatást adnia, laborvizsgálatot követően (eGFR szint). Ha az Ön eGFR szintje 30 alatt van kontrasztanyagot nem adhatunk be Önnek.
6.) Van Önnek bármilyen allergiás betegsége (asztma, allergia, szénanátha)? igen nem
ha igen milyen ? ……
7.) Van Önnek ismert gyógyszerérzékenysége? igen nem
ha igen mire ? ……
8.) Van az Ön testében a következő tárgyak valamelyike?

Szívritmus szabályozó	igen	nem
Agyi- vagy aneurysma klip	igen	nem
Műszem, beépített hallásjavító készülék	igen	nem
Lövedék, sörét, fémszilánk	igen	nem
Szív műbillentyű	igen	nem
Beépített ízületi protézis, művégtag	igen	nem
Ortopédiai fémanyag	igen	nem
Egyéb fémanyag (pl. foghíd, korona, piercing)	igen	nem

9.) Nőbetegek:

Terhes Ön ?	igen	nem
Szoptat Ön ?	igen	nem

10.) Kérjük adja meg testsúlyát: ……..… kg.

Az intravénás kontrasztanyag beadásába beleegyezem nem egyezem bele

Kisvárda, ...…..... év .....……..... hó ..... nap

……..…..... ……..
kezelőorvos beteg
vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy*
(rokonsági viszony feltüntetésével)

** 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 16 § (2)*