

MR VIZSGÁLAT TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név: Telefonszám:.....
TAJ szám: Születési idő:
Testsúly(kg): Magasság(cm):
Egyéb információ:

Tisztelt Páciensünk!

Köszönjük, hogy minket tisztelt meg bizalmával és szakorvosi beutalójával, illetve az önmaga által kezdeményezett vizsgálati kérésével hozzánk fordult. Ebben a nyomtatványban információkat kap az MR vizsgálatról, és a lelet átvételével kapcsolatos tudnivalókról, illetve válaszolnia kell az általunk feltett kérdésekre, és nyilatkoznia a vizsgálatba – szükség esetén a kontrasztanyag adásba – való beleegyezéséről.

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

Az MR vizsgálat erős mágneses térben, egy alagútszerű gépben történik, melynek során a vizsgálandó testrészeiről és szervekről különböző síkokban készítünk felvételeket. Ezzel az eljárással nagy pontossággal kimutathatók a kóros elváltozások, sugárterhelés nélkül. **Kérjük, hogy a vizsgálatához kapcsolódó leleteit, korábbi vizsgálati eredményeit (ha van) adja át kollegáinknak.** Ezekről a vizsgálat előtt elektronikus másolatot készítünk és visszaadjuk Önnek. Ezen leletek birtokában a vizsgálatot lelelező radiológus pontosabb képet kap az esetleges elváltozásokról, azok hátteréről.

VIZSGÁLAT ELŐTTI TEENDŐK

Miután a vizsgálat erős mágneses térben rádiófrekvenciás hullámokkal történik, bizonyos esetekben a vizsgálat nem végezhető el. Kérjük, hogy munkatársainkat tájékoztassa a szervezetében lévő beültetett pacemakerről, implantátumokról, fémtartalmú idegentestről, protézisről, illetve a beültetés időpontjáról. Azokat a fémet tartalmazó tárgyakat, amelyek eltávolíthatók, minden esetben le kell vennie, hiszen ezek elmozdulhatnak és akár életveszélyes sérüléseket okozhatnak. Bizonyos implantátumok vagy protézisek a vizsgálatot értékelhetetlenné tehetik. A vizsgálat előtt a vetkőzőfülkében munkatársaink utasításait követve kint kell hagynia a fémet tartalmazó tárgyait és ruházatát. Az elektromos árammal működő készülékek, illetve a mágneses részeket tartalmazó tárgyak a vizsgálóban tönkremehetnek, ezért felelősséget nem tudunk vállalni. A kontrasztanyag vizsgálat napján, illetve az azt megelőző és követő napokban javasolt a bő folyadékfogyasztás. Kontrasztanyag vizsgálatához szükség van az Ön vesefunkciójáról szóló **1 hónappal nem régebbi** laborvizsgálat eredményére (GFR, eGFR, kreatinin).

INTRAVÉNÁS KONTRASZTANYAG ALKALMAZÁSA

A beutaló diagnózistól, illetve a vizsgálandó szervtől, testrésztől függően intravénás kontrasztanyag adása válhat szükségessé, amelyet – amennyiben Ön a vizsgálat előtt ebbe nyilatkozatában beleegyezett – vénába helyezett tűn vagy branülön keresztül kézi befecskendezéssel, vagy injektorral adunk be. Alkalmazása minden esetben a szakmai ajánlások figyelembevételével történik. Kontrasztanyag allergia igen ritkán fordul elő. Allergiás reakció esetén viszketés, bőrpír, ajak-, nyelv-, torokduzzanat, orrfolyás, tüsszögés, nehézlégzés, fulladás jelentkezhet. Amennyiben a kontrasztanyag adás közben, vagy után bármelyik tünet jelentkezik, azonnal jelezze ezt kollégáinknak. A kontrasztanyag allergia szövödményeinek elhárítására fel vagyunk készülve. Előfordulhat, hogy a tünetek akár a vizsgálatot követő 24 óra múlva jelentkeznek, ebben az esetben a háziorvosát, vagy a területileg illetékes sürgősségi ambulanciát haladéktalanul keresse fel!

Előfordulhat, hogy a vénák falának gyengesége következtében a kontrasztanyag kilép a vénából – átszivárog a szövetek felé, és enyhébb, vagy súlyosabb gyulladáshoz vezethet a kikerült kontrasztanyag mennyiségétől függően.

Szoptatás ideje alatt a kontrasztanyag adásáról feltétlenül konzultáljon kezelőorvosával. Amennyiben kontrasztanyag adása szükséges, a vizsgálatot követő 48 órában a tejet le kell fejni, és kiönteni, gyermekének ne adja!

Veseelégtelenségben az intravénás kontrasztanyag adása ellenjavallt, kérjük, hogy vesefunkcióra vonatkozó laboreredményét a vizsgálatra hozza magával!

KÉRDŐÍV – A VIZSGÁLATRA ÉRKEZŐ TÖLTI KI

KÉRJÜK, KARIKÁZZA BE A MEGFELELŐ VÁLASZT, ILLETVE VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE!

Volt-e már valaha MR-vizsgálata?	Igen	Nem
Volt-e valaha szívműtéte (műbillentyű, stent beültetés, pacemaker)?	Igen	Nem
Van-e jelenleg bármilyen fémszilánk a testében (bármilyen fémanyag)?	Igen	Nem
Volt-e valaha agyi műtéte (aneurysma clip, shunt)?	Igen	Nem
Volt-e valaha gerinc műtéte?	Igen	Nem
Volt-e bármilyen műtéte az elmúlt 6 hétben?	Igen	Nem
Volt, vagy van-e bármilyen daganatos megbetegedése?	Igen	Nem
Tud-e bármilyen fennálló tartós megbetegedésről?	Igen	Nem
Van-e bármilyen fém , vagy bármilyen implantátum a szervezetében? (hallókészülék, csavar, clip, fémlemez, protézis, drót, stb.)	Igen	Nem
<i>(Nők esetén)</i> Tud-e fennálló várandósságról?	Igen	Nem
<i>(Nők esetén)</i> Jelenleg szoptat-e?	Igen	Nem
Van-e Önnek fertőző betegsége? (TBC, Májgyulladás, HIV, stb.)	Igen	Nem
Van-e Önnek tetoválása?	Igen	Nem
Visel-e testékszert (piercing)?	Igen	Nem
Kapott-e már korábban MR kontrasztanyagot?	Igen	Nem
Ha igen, voltak-e allergiás tünetei?	Igen	Nem
Van-e ismert fém allergiája?	Igen	Nem
Van-e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége?	Igen	Nem
Van-e Önnek asthmás betegsége?	Igen	Nem

Ha az Ön testében vagy testén fém, idegen anyag stb. előfordul, kérjük, jelezze a vizsgálatot végző kollégánknak! **Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben az Önnél lévő tárgy a vizsgálat során károsodik, vagy Önben kárt okoz, azért felelősséget nem vállalunk!**

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:

.....
Aláírással igazolom, hogy az általam adott válaszok a valóságnak megfelelnek!

NYILATKOZAT AZ MR-VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL, KONTRASZTANYAG ADÁSÁRÓL

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

BELEEGYZEM

NEM EGYEZEM BELE

A megfelelő válasz aláhúzendó!

ILLETVE EGYIDEJŰLEG NYILATKOZOM ÉS BELEEGYZEM AZ ELKÉSZÜLT MR KÉPANYAG LELETEZÉSÉBE

Hozzájárulok ahhoz, hogy a mai napon elvégzett vizsgálatom leletezését a Prémium Medical Center által szerződtetett radiológus orvos végezze. Hozzájárulok ahhoz, hogy a leletező orvos a vizsgálatom képanyagát és a betegségre vonatkozó előző vizsgálatok képanyagát, valamint az ezzel kapcsolatos dokumentációkat megtekintse.

Alulírott kijelentem, hogy az írásbeli tájékoztatót elolvastam, illetve kérdéseimre szóbeli választ kaptam a vizsgálat lényegével tisztában vagyok, és a vizsgálatmal járó esetleges szövődményeket vállalom. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl. hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt az MR vizsgálat nem végezhető el. Tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálatommal kapcsolatban keletkezett egészségügyi dokumentációt (képek, leletek stb.) a Premium Medical Center Kft. a mindenkorai adatvédelmi szabályok betartásával kezelje és tárolja.

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:

LELET ÁTVÉTELÉVEL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

A vizsgálat eredményét: (a megfelelő válasz aláhúzendó!)

Személyesen kívánom átvenni (vagy meghatalmazott veszi át)

E-mail-ban kérem

E-mail címem:

Információszolgáltatás a radiológus orvos és radiográfus felé:

Igényelt vizsgálati régió:

Mik a pontos panaszai jelenleg? Mikor kezdődtek panaszai?

.....

.....

.....

.....

..... 20..... év..... hónap

ADATVÉDELEMI HOZZÁJÁRULÁS

Tudomásul veszem, hogy a személyes és egészségügyi adataimat a Premium Medical Center a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályaon kívül helyezéséről szóló Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) (GDPR) és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény alapján kezeli. Ez azért szükséges, hogy az ellátást az Ön részére tudjak biztosítani.

Az adatkezelési tájékoztatót elolvastam, annak tartalmát megismertem és megértettem.

KÖSZÖNJÜK BIZALMÁT ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉSÉT!