

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MRI VIZSGÁLATHOZ

Név:	
Születési hely, idő	
TAJ szám:	
E-mail cím:	

Kedves Páciensünk!

Ez a tájékoztató az Ön vizsgálatával kapcsolatos információkat és ehhez kapcsolódó kérdéseinket, valamint az Ön beleegyezési nyilatkozatát és a lelet átvételével kapcsolatos tudnivalókat tartalmazza. Kérjük, figyelmesen olvassa el az MRI vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövődményekkel kapcsolatos információkat is. Ha bármilyen egyéb kérdése lenne, kérjük, forduljon a vizsgáló radiográfushoz. Az MRI vizsgálatok előjegyzési sorrendben történnek. Jelentősen segíti a vizsgálat eredményességét, ha Ön a várakozás ideje alatt tájékozódik a vizsgálatról és felkészül a következőkben leírtaknak megfelelően.

TÁJÉKOZTATÓ AZ MRI-VIZSGÁLATRÓL

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK: Az MRI-vizsgálat 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, többszöri vizsgálatok esetén sem veszélyeztetik a vizsgált személyt, káros hatása, következménye tehát nincs.

VIZSGÁLAT ELŐTTI TEENDŐK: Tekintettel arra, hogy a mérések mágneses térben rádiófrekvenciás hullámokkal történnek, azoknál a betegeknél, akiknek pacemaker (szívritmus szabályozót) ültettek be, a vizsgálat nem végezhető el. Azok az eszközök, amelyek mágneses anyagot (vas, acél) tartalmaznak, a mágneses térben a helyükről elmozdulhatnak, súlyos, akár életveszélyes sérülést okozva vagy értékelhetetlen vizsgálatot eredményezve. Ilyen eszközök pl.: csípő- vagy egyéb ízületi protézis, szög, csavar, fémbillentyű, ideg- vagy érsebészeti érszorító stb.) Amennyiben az Ön testében ilyen vagy hasonló eszközök előfordulnak, feltétlenül jelezze a vizsgálatot végző radiográfusnak! 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 kulccsal zárható zsebkönyvet hagynia. Elektromos árammal működő, vagy mágneses részeket tartalmazó tárgyak az erős mágneses térben tönkremehetnek, ezekért felelősséget vállalni nem tudunk! Ha az Ön arcán valamilyen fémtartalomú színezőszer, (csillámporos szemhéjfesték, puder stb.) van, azt feltétlenül távolítsa el még a vizsgálóhelyiségbe való bemenetel előtt, mert azok is értékelhetetlenné teszik a vizsgálatot. Azokat a gyógyszereket, amelyeket rendszeresen szednie kell, vizsgálat napján is vízzel be kell vennie. Amennyiben a vizsgálat során Ön intravénás kontrasztanyagot kap, úgy a vizsgálatot követő 2-3 napon, bőven igyon folyadékot!

A VIZSGÁLAT MENETE: A vizsgálat ideje 15-40 perc. A vizsgálat fekvő helyzetben történik, fájdalommal nem jár. A páciensnek egy viszonylag szűk térben mozdulatlanul kell fekvődni, ami egyesekben bezártság érzetet kelthet. Egy vizsgálat több 2-3 perces szakaszból ún. szekvenciából áll. A mozgási műtermékek az adott szekvenciák értékelhetőségét rontják, és ezek ismétlése növelheti a vizsgálati időt. A vizsgálat alatt, a berendezés zajcsillapítására füldugót alkalmazunk. Ön bármikor jelezhet, ha a bármely okból a vizsgálat megszakítását kéri.

LEHETÉSGES 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.

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 radiográfust. 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 kerül sor ún. anafilaxiás (túlérzékenységi) sokkos állapot kialakulására, melynek elhárítására az intézetünk felkészült. Abban az esetben, ha Ön veseelégtelenségben szenved, veseje elégtelenül működik, 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 kérdőívet és pontosan válaszoljon a kérdésekre. Amennyiben egynél több rizikótényezője van, a veseműködésre vonatkozó laborvizsgálat eredményének ismerete azért fontos, hogy az esetleges vesekárosodásokat elkerülhessük.

Terhesség és szoptatás ideje alatt MRI-vizsgálatról vagy MRI kontrasztanyag intravénás adásáról a kezelőorvosával feltétlenül konzultáljon! Amennyiben Ön szoptat, javasoljuk, hogy a kontrasztanyag adását követően két napig ne szoptasson, a tejet fejtse le, de ne adja gyermekének! Amennyiben további kérdése van, forduljon a vizsgálatot végző radiográfushoz.

A kontrasztanyag MRI vizsgálatához szükséges:

- egy hónapnál nem régebbi labor vizsgálat, vesefunkciós értékekről (Kreatinin, eGFR).

Kérem válaszoljon az alábbi kérdésekre az Ön szervezetére vonatkozóan			Testsúly:
Igen	Nem	Aneurysma vagy egyéb vascularis clipp	Magasság:
Igen	Nem	Pacemaker	
Igen	Nem	Impantált cardioverter defibrillátor (ICD)	
Igen	Nem	Elektronikus implantátum vagy eszköz (pl.inzulinadagoló)	
Igen	Nem	Belső elektródák vagy vezetékek	
Igen	Nem	Csontnövekedési stimulátor	
Igen	Nem	Cochleáris vagy egyéb fülészeti implantátum	
Igen	Nem	Halló készülék	
Igen	Nem	Beültetett szívbillentyű	
Igen	Nem	Művégtag vagy ízületi protézis	
Igen	Nem	Fém stent, filter vagy coil	Nyilatkozat:
Igen	Nem	Shunt (spinalis vagy intraventricularis)	
Igen	Nem	Onkoradiológiai implantátumok	<i>Tudomásul veszem, hogy az MR vizsgáló helyiségében lévő állandó mágneses tér erő működési zavart okozhat a beültetett orvosi eszközökben vagy protézisekben. Kijelentem, hogy a vizsgáló helyiségbe nem viszek be MR kontraindikált eszközt vagy tárgyat.</i>
Igen	Nem	Bármilyen fémforgács, idegentest vagy repesz szilánk	
Igen	Nem	Korábbi szemsérülés, mely során fém kerülhetett a szemébe	
Igen	Nem	Korábban fémipari munkát végzett	
Igen	Nem	Sebészeti klippek, kapcsok	
Igen	Nem	Ortopédiai csavar, drót, fém lap stb.	
Igen	Nem	Piercing	
Igen	Nem	Szemészeti implantátum	
Igen	Nem	Egyéb implantátum	
Igen	Nem	Volt e már korábban MR vizsgálata	
Igen	Nem	Ha igen, kapott e korábban MR vizsgálat során kontrasztanyagot	
Igen	Nem	Ha igen, voltak e allergiás tünetei?	
Igen	Nem	Van- e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége?	
Igen	Nem	Ha igen, milyen gyógyszerre?	
Igen	Nem	Van-e önnek asztmás betegsége?	
Igen	Nem	Van-e Önnek vesebetegsége?	
Igen	Nem	Jelenleg fenn állhat-e terhesség?	
Igen	Nem	Jelenleg szoptat-e?	

Amennyiben az Ön testében vagy az Ön testén fém, idegen anyag stb. előfordul, kérjük, jelezze a vizsgálatot végző radiográfusnak!

Ha Önnek a vizsgálattal kapcsolatos kérdése van, kérjük, tegye fel a vizsgáló radiográfusnak!

Amennyiben az Önnél lévő tárgy a vizsgálat során károsodik, vagy Önben kárt okoz, azért felelősséget nem vállalunk!

Alulírott kijelentem, hogy testemben vagy testemen idegen anyagot

viselek. Hol, mely testtájon?
nem viselek

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

NYILATKOZAT AZ MRI-VIZSGÁLTRÓL, KONTRASZTANYAG ADÁSÁRÓL

Alulírott tudatában vagyok, hogy betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam MRI-vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezt az írásbeli tájékoztatót elolvastam, (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatjal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

MRI-VIZSGÁLATBA BELEEGYZEM.

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

AZ MRI-VIZSGÁLAT SORÁN IV. KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA BELEEGYZEM

Az értékelhető eredményhez bizonyos esetekben szükség lehet kontrasztanyag adására. Tudomásulveszem, hogyamennyiben a kontrasztanyagot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség a kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

IGEN / NEM (Kérjük, karikázza be)

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

2026. évhónap

NYILATKOZAT A VIZSGÁLAT TELERADIOLÓGIAI ÚTON TÖRTÉNŐ LELETEZÉSÉHEZ

Hozzájárulok ahhoz, hogy gyógykezelésem érdekében a mai nap elvégzett vizsgálatom leletezését a **Corso Diagnosztika Kft.**-vel szerződött Teleradiológiai szolgáltató készítse el. Hozzájárulok ahhoz, hogy a leletező orvos jelen vizsgálatom képanyagát, amennyiben van, a betegségemre vonatkozó előző vizsgálatok képanyagát és az ezzel kapcsolatos dokumentációkat megtekintheti.

IGEN / NEM (Kérjük, karikázza be)

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

A vizsgálat után az írásos lelet elkészítése – a sürgős leletezést – leszámítva, 3 munkanapot vesz igénybe, ezért javasoljuk, hogy az eredményt:

- Későbbi időpontban vegye át személyesen
- Bízson meg valakit a lelet későbbi átvételével (ehhez meghatalmazás szükséges)
- Kérheti az eredmény postázását vagy e-mailen történő továbbítását

Kérjük, hogy az Ön számára legmegfelelőbb megoldást karikázza be és döntését közölje a recepción.