


MRI-VIZSGÁLAT	RECEPCIÓ TÖLTI KI	
Név:	KL azonosító:	
Születési dátum:	Dátum:	

Kedves Páciensünk!

Önt kezelőorvosa a panaszai illetve a betegsége pontos tisztázása, 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 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 operátorhoz vagy a vizsgálatot vezető orvoshoz. Az MRI vizsgálatok előjegyzési sorrendben történnek, előfordulhat azonban, hogy egy Ön előtt lévő beteg vizsgálatának elhúzódása miatt az Ön vizsgálatát a megadott időpontnál később kezdődik, ezért megértését kérjük! Jelentősen segíti a vizsgálat eredményességét, ha Ön a várakozás ideje alatt tájékozódik a vizsgálatról és felkészül a következőekben 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 még ismételt vizsgálatok 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 betegeknek, 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.: csipő- 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 irányító orvosnak, illetve a vizsgálatot végző operátornak! 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 vetkőzöbön lévő értékmegőrző szekrényben kell elhelyeznie. Elektromos árammal működő, vagy mágneses részeket tartalmazó tárgyak az erős mágneses térben tönkre mehetnek, ezekért felelősséget vállalni nem tudunk! Ha az Ön arcán valamilyen fémtartalmú szépitőszert, (csillámporos szemhéjfesték, púder 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. Vizsgálat előtti napokban bőven (2-3 liter) fogyasszon folyadékot. Amennyiben délben vagy az esti órákban kerül vizsgálatra, még a vizsgálat napján is bőven fogyasszon folyadékot. A vizsgálat előtt 2 órával már ne egyen, de folyadékot (vizet) fogyasszon! Amennyiben a vizsgálat során Ön intravénás kontrasztanyagot kap, úgy a vizsgálatot követő 2-3 napon is bőven fogyasszon folyadékot!

A VIZSGÁLAT MENETE: A vizsgálat ideje 15-40 perc. A vizsgálat fekvő helyzetben történik, fájdalommal nem jár. Egyetlen hátránya, hogy a páciensnek egy viszonylag szűk térben kell fekvődni, ami egyesekben bezártságérzetet kelthet. A vizsgálat alatt különös gépzörejek hallhatók. Amennyiben Önt zavarja a zaj, kérjen füldugót az operátortól. Ha fél vagy szorongást érez, mikrofonon keresztül beszélhet az asszisztenssel.

LEHETSÉGES 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, tüszögés, csalánkiütés, nehézlégzés, fulladásérzés. Amennyiben ezek a tünetek vagy egyebek a kontrasztanyag adása után előfordulnak, azonnal tájékoztassa a vizsgálatot végző operátort. 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, veséje elégtelenül működik, a paramagnetikus kontrasztanyagok a vese, de akár a szervezet egészét érintő hegesedést okozhatnak (NSF - Nefrogén Szisztémás Fibrozis). 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 kezelőorvosa és a vizsgálatot végző radiológus feltétlenül konzultáljon! Amennyiben Ön szoptat, javasoljuk, hogy a kontrasztanyag adását követően két napig ne szoptasson, a tejet fejje le, de ne adja gyermekének!

Amennyiben további kérdése van, forduljon a vizsgálatot végző asszisztenshez vagy a vizsgálatot irányító szakorvoshoz!

Köszönjük együttműködését, jobbulást kívánunk!

A VIZSGÁLATRA ÉRKEZŐ TÖLTIKI

KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE!

Tud-e arról/van-e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége? NEM. IGEN
 Kapott-e korábban MRI-kontrasztanyagot? NEM. IGEN
 Ha igen, voltak-e allergiás tünetei? NEM. IGEN
 Tud-e arról/van-e Önnek szisztémás betegsége? NEM. IGEN
 Fennáll-e terhesség Önénél? NEM. IGEN
 Szoptat-e? NEM. IGEN
 Tud-e arról, hogy Önnek vesebetegsége lenne? NEM. IGEN
 Van-e egyéb blemítésreméltó betegsége? NEM. IGEN
 Ha igen, mi az?
 Van-e a szervezetébe beültetve, illetve visel-e Ön fémtartalmú idegen testet? NEM. IGEN
 Van-e a szervezetében, ill. visel-e elektromos árammal működő készüléket? NEM. IGEN
 Tud-e arról, hogy fertőző betegsége van (TBC, májgyulladás, stb.)? NEM. IGEN
 Kérjük, adja meg testsúlyát kg és magasságát cm
 Legutóbbi Se kreatinin (eGFR) mérése ideje: év hónap nap Értéke:

Kérjük fordítsa meg és válaszoljon a másik oldalon lévő kérdésekre is!

A VIZSGÁLATRA ÉRKEZŐ TÖLTI KI

Amennyiben az Ön testében vagy az Ön testén fém, idegen anyag.. stb. előfordul, kérjük, jelezze a vizsgálatot végző operátornak vagy a vizsgálatot irányító orvosnak! Ha Önnek a vizsgálattal kapcsolatos kérdése van, kérjük, tegye fel vizsgáló orvosának vagy az operátornak! 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-VIZSGÁLATRÓL, KONTRASZTANYAG ADÁSÁRÓL

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam MRI-vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen kétoldalas írásbeli tájékoztatót elolvastam, (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálattal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemaker (szívritmus szabályozót), fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek.

MRI-VIZSGÁLATBA és amennyiben szükséges, INTRAVÉNÁS KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA BELEEGYZEM.

Tudomásul veszem, hogy ha a vizsgálat elkészültét követő 30 naptári napon belül nem veszem át a vizsgálat eredményét, az megsemmisítésre kerül. További másolatot csak az érvényes díjtétel szerinti térítés ellenében tudnak számomra biztosítani. Tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálatommal kapcsolatban keletkezett egészségügyi dokumentációt (képek, leletek. stb.) a vizsgálatot végző cég a mindenkori adatvédelmi szabályok betartásával kezelje és tárolja.

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYEZEM BELE. 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 kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

2020. év hó nap

NYILATKOZAT A VIZSGÁLAT TELERADIOLÓGIAI ÚTON TÖRTÉNŐ LELETEZÉSÉHEZ

Hozzájárulok ahhoz, hogy gyógykezelésem érdekében a mai nap elvégzett vizsgálatom leletezését a KomplexLabor Diagnosztika Kft. alkalmazásában lévő orvos végezze teleradiológiai úton. Hozzájárulok ahhoz, hogy a leletező orvos jelen vizsgálatom képanyagát, amennyiben van, a betegségemre vonatkozó előző vizsgálatok képanyagát és az ezzel kapcsolatos dokumentációkat megtekinthesse.

IGEN / NEM (Kérjük karikázza be)

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása:

A vizsgálat után az írásos lelet elkészítése – a sürgős leletezést – leszámítva 48-72 órát vesz igénybe, ezért javasoljuk, hogy az eredményt:

- Későbbi időpontban vegye át személyesen
- Bízzon 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.