

Pozitron-Diagnosztika Kft.		Dokumentum típusa: melléklet (me)
Betegtájékoztató - MR vizsgálat		Dokumentum száma: me-49-M-11-001 Hatályba lép: 2019.08.16. Oldal:1/3

TÁJÉKOZTATÓ AZ MR-VIZSGÁLATRÓL

Név:..... TAJ szám:..... Születési dátum:.....

Tisztelt Páciensünk!

Önt kezelőorvosa a panaszai illetve a betegsége pontos tisztázása, valamint a megfelelő kezelés megválasztása/követése érdekében **MR vizsgálatra** küldte. Amennyiben Ön nem beutalóval, vagy szakorvosi javaslattal érkezik vizsgálatra, kérjük panaszairól, egyéb vizsgálatairól, műtéteiről részletesen tájékoztassa kollégáinkat. Ebben az esetben a vizsgálatot vezető radiológus dönt a vizsgálandó régióról és az intravénás kontrasztanyag szükségességéről.

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 MR vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövődményekkel kapcsolatos információkat is. Ha bármilyen egyéb kérdése lenne, forduljon a vizsgáló operátorhoz vagy a vizsgálatot vezető orvoshoz.

Az MR vizsgálatok előjegyzési sorrendben történnek, előfordulhat azonban, hogy egy Ön előtt lévő beteg vizsgálatának elhúzódnása miatt az Ön vizsgálata a megadott időpontnál később kezdődik, ezért megértését kérjük! Jelentősen segíti a vizsgálat eredményességét, ha Ön a vizsgálat előtt tájékozódik és felkészül a következőkben leírtaknak megfelelően.

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK: Az MR-vizsgálat egy olyan képalkotó diagnosztikai eljárás, melynek 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, illetve egyéb káros biológiai hatása sincs.

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 mágnesezhető 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 irányító orvosnak, illetve a vizsgálatot végző operátornak!

A testén viselt fémtárgyakat (hallókészülék, óra, lánc, fémcsat, testékszer, műfogsor stb.) le kell vennie, zsebeit (fémpenz, kulcs, toll, bankkártya, telefon stb.) ki kell ürítenie és a vetkőzöben kell elhelyeznie. Elektromos árammal működő, vagy mágneses részeket tartalmazó tárgyak az erős mágneses térben tönkremehetnek, ezekért felelősséget vállalni nem tudunk! Kérjük, hogy a vetkőző fölkében az Intézetünk által biztosított köpenybe öltözzön át! Ha az Ön arcán valamilyen fémtartalmú szépítőszert, (csillámporos szemhéjfesték, púder stb.) van, azt feltétlenül távolítsa el még a vizsgálat előtt, mert azok is értékelhetetlenné tehetik a vizsgálatot. Azokat a gyógyszereket, amelyeket rendszeresen szed, a vizsgálat napján is be kell vennie. Vizsgálat előtti napokban bőven (2-3 liter) fogyasszon folyadékot. Amennyiben délben vagy az esti órákban kerül sor a vizsgálatára, még a vizsgálat napján is bőven fogyasszon folyadékot. A vizsgálat előtt 4 órával már ne egyen, de szénsavmentes 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 bezártság érzetet kelthet.

A vizsgálat alatt különös, esetenként hangos gépzörejek hallhatók. Kollégáink át fognak adni Önnek egy fülhallgatót, melyben hangszóró található, ezen keresztül fogja hallani az utasításokat. Ha fél, vagy szorongást érez, pánikgomb segítségével tud jelezni az asszisztenseknek, melyet közvetlenül a vizsgálat megkezdése előtt átadnak Kollégáink. A vizsgáló helyiség TV-kamerával van felszerelve, így a vizsgálatot végző személyzet jól látja Önt. Hangszórón keresztül tudnak egymással beszélni. A vizsgálat közben mozdulatlanul, az operátor által beállított testhelyzetben kell fekvődni, a mozgási műtermékek jelentősen ronthatják a képminőséget.

A mellkasi és hasi vizsgálatoknál a légzést vissza kell tartani, erre a vizsgálatot végző operátortól mikrofonon keresztül kap utasítást.

INTRAVÉNÁS KONTRASZTANYAG ALKALMAZÁSÁKOR ELŐFORDULÓ SZÖVŐDMÉNYEK ILLETVE AZOK ELKERÜLÉSE, ELHÁRÍTÁSA: Amikor egy szerv működéséről, vagy a szervben lévő elváltozásról pontosabb képet kell kapnunk, intravénásán ún. paramagnetikus kontrasztanyag adása szükséges, amit szakmai ajánlások írnak elő.

Ezt legtöbbször a könyökén keresztül, injektor segítségével juttatjuk a szervezetbe. Kontrasztanyag beadásakor fémes ízt érezhet a szájában, mely rövid időn belül elmúlik. Kontrasztanyag túlérzékenység (allergia) ritkán fordul elő. Amennyiben mégis előfordul, annak tünetei a következők lehetnek: az arc, ajak, nyelv, torok duzzanata, köhögés, viszketés, orrfolyás, tüsszögés, csalánkiütés, nehézlégzés, fulladásérzés. Amennyiben ezek, vagy egyéb tünetek a kontrasztanyag adása közben, vagy után jelentkeznek, haladéktalanul tájékoztassa a vizsgálatot végző operátort. Felhívjuk a figyelmét, hogy ezek a tünetek

Pozitron-Diagnosztika Kft.		Dokumentum típusa: melléklet (me)
Betegtájékoztató - MR vizsgálat		Dokumentum száma: me-49-M-11-001 Hatályba lép: 2019.08.16. Oldal:2/3

24 órán belül, később is előfordulhatnak, ilyenkor kérjük, jelentkezzen a kezelőorvosánál, vagy a területi orvosi ügyeleten!
Az allergia általában enyhe, ritkán súlyos lehet. Nagyon ritkán kerül sor ún. anafilaxiás (túlérzékenységi) reakció okozta súlyos állapot kialakulására, melynek elhárítására az intézetünk felszerelt és felkészült, a szükséges klinikai háttér biztosított. Amennyiben Ön veseelégtelenségben szenved, azaz veséje nem megfelelően működik, a paramagnetikus kontrasztanyagok a vese további károsodását okozhatják (NSF - Nefrogén Szisztémás Fibrózis). Ennek elkerülése érdekében, kérjük, figyelmesen olvassa el a kérdőívet és pontosan válaszoljon a kérdésekre. Amennyiben egynél több rizikótényezője van, a veseműködésre vonatkozó laborvizsgálat eredményének ismerete fontos, hogy az esetleges vesekárosodásokat elkerülhessük.

Terhesség és szoptatás ideje alatt MR-vizsgálatról vagy MR 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!

----- A VIZSGÁLATRA ÉRKEZŐ TÖLTI KI -----

KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE!

Volt-e valaha szívműtéte (műbillentyű, stent beültetés, pacemaker)?	igen	nem
Ha igen, milyen?.....	Mikor?.....	
Volt-e valaha fémszilánk a testében (lövedék, baleset következtében)?	igen	nem
Ha igen eltávolították a fémszilánkot a testéből?	igen	nem
Volt-e valaha agyi műtéte (aneurysma clip, shunt)?	igen	nem
Ha igen, milyen?.....	Mikor?.....	
Volt-e valaha gerinc műtéte?	igen	nem
Ha igen, milyen?.....	Mikor?.....	
Volt-e bármilyen műtéte az elmúlt 6 hétben?	igen	nem
Ha igen, milyen?.....	Mikor?.....	
Van-e bármilyen fém implantátum a szervezetében? (csavar, clip, fémlemez, protézis)	igen	nem
Ha igen, milyen?.....		
Van-e a bőrén bármilyen egészségügyi tapasz? (fájdalomcsillapító, nikotin)	igen	nem
Jelenleg terhes?	igen	nem
Jelenleg szoptat?	igen	nem
Van-e Önnek fertőző betegsége? (TBC, Májgyulladás, HIV, stb.)	igen	nem
Van-e Önnek friss (6 héten belüli) tetoválása (kozmetikai is)?	igen	nem
Visel Ön testékszert (piercing)?	igen	nem
Ha igen hol, mely testtájon?.....		
Kapott-e már korábban MR kontrasztanyagot?	igen	nem
Ha igen, voltak-e allergiás tünetei?	igen	nem
Van-e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége?	igen	nem
Ha igen, sorolja fel:.....		
Van-e Önnek asthmás betegsége?	igen	nem

Amennyiben az Ön testében vagy az Ön testén fém, idegenanyag, stb. előfordul, kérjük, jelezze a vizsgálatot végző operátornak, vagy a vizsgálatot irányító orvosnak! A vizsgálatnál kapcsolatos kérdést, kérjük, az operátornak jelezze!
Felhívjuk figyelmét, hogy 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. Mely testtájon?.....

nem viselek.

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:.....

Pozitron-Diagnosztika Kft.		Dokumentum típusa: melléklet (me)
Betegtájékoztató - MR vizsgálat		Dokumentum száma: me-49-M-11-001 Hatályba lép: 2019.08.16. Oldal:3/3

NYILATKOZAT AZ MR-VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL, KONTRASZTANYAG ADÁSÁRÓL

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

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam MR-vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam, (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatlal járó esetleges szövödmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemaker (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 vizsgálatomat végző cég a mindenkorli adatvédelmi szabályok betartásával kezeli és tárolja.

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:.....

AZ INTRAVÉNÁS 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.

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:.....

NYILATKOZAT A VIZSGÁLAT LELETEZÉSÉHEZ

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

IGEN / NEM (Kérjük, karikázza be)

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:.....

LELET ÁTVÉTELÉVEL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

A vizsgálat eredményét:

- személyesen kívánom átvenni (vagy meghatalmazott veszi át)
- postázni kérem
 1. az alábbi e-mail címre.....
 2. laci címre; erre a címre.....

Kérjük, hogy az Ön számára legmegfelelőbb megoldást húzza alá és döntését közölje a bejelentkezés alkalmával a recepció kollégákkal.

201 év hó nap

Köszönjük együttműködését!

Ha bármilyen további kérdése lenne, kérjük, hívja munkatársunkat az alábbi számokon:

Pozitron-Diagnosztika Központ
1117 Budapest, Hunyadi János út 9-11.
Tel: +36-1-505-8888, +36-1-505-8881,
Fax: +36-1-505-8889,
E-mail: info@pet.hu