

## Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR (Mágneses Rezonancia) vizsgálathoz

A beteg neve: ..... Születési idő: .....

Telefonszám, e-mail: .....

### RADITEC

1091 Budapest, Üllői út 47.  
Tel.: 216-4600, Fax: 216-4555  
E-mail: raditec@raditec.hu  
Internet: www.raditec.hu

### Igen 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 vizsgálat menete: Ön egy kényelmes ágyra fekszik, mely a vizsgálat kezdetén a 70-100cm nyílású vizsgálóberendezésbe viszi Önt. A vizsgálatok időtartama átlagosan fél és egy óra között van. Az MR berendezésben 4-12 perces időtartamokban hangos, kopogó zörejt lehet hallani. Ez a zörejt a vizsgáló berendezés szabályos működésének zaja. Kérjük, hogy az esetleges halláskárosodás megelőzése érdekében az asszisztens által adott fülvédőt vagy fül dugót használni szíveskedjék!

A vizsgálat sikere érdekében rendkívül fontos, hogy a vizsgálat egész ideje alatt Ön nyugodtan, teljesen mozdulatlanul fekdjön, 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, gadolinium tartalmú kontrasztanyagokhoz, a készítmény használata esetén túlérzékenységi reakciók fordulhatnak elő:

1. Az enyhe kontrasztanyag reakciók: nagyon gyakran keserű vagy fém íz érzése, fejfájás, a beadás helyén jelentkező meleg-, hideg- és/vagy fájdalomérzés (paraesthesia), gyakran átmeneti bőrkiütések (erythemas kiütések), bőrvizketés (pruritus).
2. A túlérzékenységi reakciók lehetnek allergiás (súlyos esetben életveszélyesek - anaphylaxiás reakciók) vagy nem allergiás eredetűek. Lehetnek azonnaliak (60 percen belül jelentkezhetnek) vagy késleltetettek (akár 7 nap múlva is jelentkezhetnek). E reakciók függetlenek az adagtól, akár a készítmény első adagolásakor is jelentkezhetnek, és gyakran kiszámíthatatlanok. Ha tüneteket észlel, keresse fel kezelőorvosát!
3. Fokozott a kockázat, ha Önnek korábban már volt hasonló kontrasztanyag reakciója.
4. A gadotersav injekció súlyosbíthatja a fennálló asthma tüneteit.
5. A túlérzékenységi reakciók súlyosabbak lehetnek bétablokkolókat szedő betegek, és különösen asthma bronchiale fennállása esetén.
6. Allergia (tenger gyümölcseivel szembeni allergia, szénanátha, csalánkiütés), kontrasztanyaggal szembeni túlérzékenység, illetve asthma bronchiale esetén a kontrasztanyagokkal szembeni nemkívánatos reakciók előfordulása nagyobb gyakoriságú.
7. Súlyos akut, vagy krónikus vesekárosodásban szenvedő betegek esetében (GFR < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) egyes gadolinium-tartalmú kontrasztanyagok alkalmazásával összefüggésben nefrogén szisztémás fibrózis (NSF) kialakulása lehetséges. A májtranszplantált betegek különösen veszélyeztetettek, mivel a Dotarem alkalmazása esetén az akut veseelégtelenség előfordulási aránya magas ebben a betegcsoportban.
8. Mivel a 4 hétnél fiatalabb újszülöttek és az 1 év alatti csecsemők veseműködése éretlen, ilyen betegeknél a Dotarem kizárólag gondos mérlegelés után, megfelelő indikációval alkalmazható.
9. Mivel a gadoter sav vese clearance-e (vese általi kiválasztása) idős betegekben csökkent lehet, 65 év feletti betegek esetében különösen fontos a veseműködési zavar kiszűrése.
10. Bétablokkolók, vazóaktív anyagok, angiotenzin-konvertáló enzim inhibitorok, antiotenzin-II-receptor blokkolók a gadolinium komplex beadásával együtt csökkentik a vérnyomást érintő betegségekben a cardiovascularis (szív- és érrendszeri) kompenzáció mechanizmusainak a hatékonyságát.

Fontos tudni, hogy a vizsgálat kockázata kisebb, mint a vizsgálat elmaradása esetén az idejében fel nem derített betegségek okozta veszély.

A mágneses sugárzásnak az emberi szervezetre kimutatott káros biológiai hatása a tudomány mai állása szerint nincsen. 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, zsebkeys, 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 leállítását okozhatja. E tárgyakat a vizsgálat előtt hagyja az öltözőben! Ne vigyen a vizsgáló helyiségbe hitelkártyát, bankkártyát vagy órát, mert ezek tönkremennek.

„Kijelentem, hogy az Adatvédelmi tájékoztatót megismertem, azt magamra nézve kötelezőnek fogadom el, és hozzájárulok adataimnak az ott írtak szerint történő kezeléséhez.”

**Saját és a vizsgáló személyzet biztonsága érdekében kérjük, gondosan olvassa el, és pontosan válaszolja meg a következő kérdéseket! A megfelelő választ X -el jelölje a négyzetben!**

**Van -e Önnek...**

- asztmája, allergiája, szénanáthája?  igen  nem
  - vesebetegsége (kisebb, mint 30 eGFR szint)  igen  nem
- A csökkent veseműködésről kezelőorvosának kell részünkre tájékoztatást adnia laborvizsgálatot követően (ún. eGFR szint). Ha az Ön eGFR szintje 30 alatt van, kontrasztanyagot nem adhatunk be Önnek!
- szívbetegsége?  igen  nem
  - cukorbetegsége?  igen  nem
  - gyógyszerérzékenysége?  igen  nem
- Ha igen, milyen gyógyszerre? Kérjük, írja le: .....
- fertőző betegsége (pl. májgyulladás, AIDS)?  igen  nem

**Van-e az Ön testében...**

- Szívritmus -szabályozó (pacemaker)?  igen  nem
- Agyi - vagy a neurizma klip?  igen  nem
- Műszem, beépített hallókészülék?  igen  nem
- Lövedék, sörét, fémszilánk?  igen  nem
- Szív műbillentyű?  igen  nem
- Beépített ízületi protézis, művégtag?  igen  nem
- Ortopédiai fémanyag (csavar, lemez, szög, drót)?  igen  nem
- Egyéb fémtárgy vagy fémanyag (pl. foghíd, fogkorona, piercing, steant)?  igen  nem

**Kapott korábban már intravénás MR kontrasztanyagot?**

- Volt-e mellékhatása az intravénás MR kontrasztanyagot?  igen  nem
- Ha igen, mi volt az? Kérjük, írja le: .....

**Kezelik más komoly megbetegedés miatt?**

- Ha igen, kérjük, írja le, mi miatt! .....  igen  nem

**Nőbetegek:**

- Terhes Ön?  igen  nem
- Szoptat Ön?  igen  nem

**Kérjük, adja meg testsúlyát:**    kg

(a testsúly át azért kérdezzük, mert berendezéseink csak 120 kg-os test súlyig terhelhetőek)

**Fekvőbeteg Ön?**

Kérjük, választ jelölje X -szel! Kijelentem, hogy a mai napon

- fekvőbeteg vagyok a ..... kórház ..... osztályán, **vagy**
- nem vagyok fekvőbeteg egyetlen kórházban sem.

Amennyiben a fenti nyilatkozat nem felel meg a valóságnak, tudomásul veszem, hogy az MR vizsgálat költsége engem terhel!

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt vagy fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Tudomásul veszem, hogy a kemoterápiás kezelés esetenként csökkentheti a vénák rugalmasságát, amely a kontrasztanyag kilépését okozhatja az érpályáról.

Konzultáció céljából a vizsgálatom elektronikus képanyaga továbbítható, leletezése bizonyos esetekben távleletezéssel, az adatvédelmi szabályok teljes körű figyelembe vételével valósul meg.

Kijelentem, hogy a betegtájékoztatót elolvastam, a tervezett diagnosztikai eljárásról, annak kockázatairól, lehetséges alternatíváiról megfelelő tájékoztatást kaptam. A szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem.

Tudomásul veszem, hogy a szakszerű és gondos beavatkozás ellenére is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek kezelést igényelhetnek.

**Intravénás kontrasztanyag adásába** (kérjük a \*-gal jelöltekből aláhúzással válasszon!)

**\*a/ beleegyezem                      \*b/ nem egyezem bele**

Döntésemet cselekvőképességem teljes birtokában, minden kényszertől mentesen, önállóan hoztam meg, és elegendő idő állt rendelkezésemre a döntés meghozatalához.

Budapest, 201.....hó.....nap.

.....  
Beteg vagy gondviselője aláírása

**Az orvos tölti ki!**

A beteg tájékoztatása a fenti tartalommal megtörtént, az igényelt tájékoztatásokat megkapta.

Budapest, 201.....hó.....nap

.....  
szakorvos aláírása