

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott ..... (név) ..... (szül. idő) kijelentem, hogy dr. .... (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, ..... szül. idő, ..... rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztattott:

### MR (MAGNETIC RESONANCE) VIZSGÁLAT

1. **A vizsgálat célja:** Önnél (ill. hozzátartozójánál) MR (Magnetic Resonance) vizsgálat elvégzése.

2. **A vizsgálat menete, technikája:** Az MR vizsgálat hangos zajjal jár.

A vizsgálóhelyiségben **nagy erősségű mágneses tér** van, amennyiben **szívritmus-szabályozója** (pacemaker) van, a vizsgálat nem végezhető el! Ha szervezetébe **korábban műtéttel fémanyagot ültettek** (izületiprotézis, érklip, epeúti fémklipe, orvosi sztent, -csavar, -szeg, -drót, -kapcsok) vagy **fémcsigolyák** van szervezetében, kérjük a vizsgálat előtt tájékoztassa az operátort! Ezek korlátozhatják a vizsgálat alkalmazhatóságát.

Továbbá kérjük jelezze, ha testén **tetoválás** található, terhes vagy **terhesség** lehetősége felmerül, és kóros **bezártság érzése** van!

Minden **fém tárgy** (kulcs, óra, pénz, mobiltelefon, hajcsat, bankkártya, egyéb mágneskártya, hallókészülék, kivehető fogsor, szemüveg, paróka, ékszerek, stb.), valamint fémzáras-, **fém tárgy tartalmazó ruházatot** (cipzáras és/vagy fémgombos ruha, kapcsos/merevítő melltartó) az erre a célra kijelölt **kulccsal zárható öltöző helyiségben** szíveskedjen lerakni.

**Vizsgálat specifikus kérések:**

- Kismencedei MR vizsgálat esetén, ha glaucomája (zöldhályog) van, kérjük jelezze, ezen vizsgálat előtt közvetlenül ne vizeljen!
- Szem MR vizsgálat esetén, a szemhéjfestéket szíveskedjen letörölni!

A vizsgálat 15-60 percig tarthat a vizsgálati régió(k), illetve a klinikai kérdés alapján.

A diagnózistól függően intravénás kontrasztanyagot is alkalmazunk, melyet a karvénákon keresztül juttatunk a szervezetébe.

**Intézetünk nagy betegforgalma miatt elképzelhető, hogy Önnek várakoznia kell.**

**Az akután érkező, rossz állapotú betegek soron kívüliséget élveznek.**

**Az időrendi eltolódások tudomásul vételét előre is köszönjük.**

3. **A vizsgálat esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A kontrasztanyag fémionokat tartalmaz, vizelettel ürül. A fémionok biztonságosan, igen kicsi kockázattal alkalmazható anyagok, melyeknél mellékhatások előfordulhatnak (néhány ezrelék):

- átmeneti tünetek jelentkezhetnek, pl. bőrviszketés, csalánkiütés, hányinger, remegés
- nagyon ritkán vérkeringési és légzési panaszok jelentkezhetnek
- igen ritkán súlyos allergiás reakció léphet fel

**A mellékhatások elhárítására megfelelő gyógyszerek állnak rendelkezésre.**

Felhívjuk azonban figyelmét, ha 24 órán belül bármilyen mellékhatást - bőrkiütést, viszketést, fulladást, nehézlégzést, fejfájást - tapasztal, azonnal forduljon orvoshoz és tájékoztassa őt arról, hogy MR-vizsgálat történt!

Amennyiben MR-vizsgálatnál alkalmazott **kontrasztanyag érzékenységről, allergiás reakcióról** tud, kérjük, tájékoztasson bennünket. Csecsemő szoptatása esetén a kontrasztanyag beadását követő 24 órára a szoptatást fel kell függeszteni.

4. **Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A kezelőorvosa által kért eljárás elmaradása akadályozza a diagnózis felállítását, ezáltal az optimális kezelési lehetőség megválasztását.

5. **Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról kérdezze kezelőorvosát.**

6. **A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**

**7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

**8. Egyénre szabott betegtájékoztató:**

**INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA**

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyogyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyogyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

***beleegyzem és kérem \****

***nem egyezem bele és nem kérem \****

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztató megértése alapján minden kényszerből és befolyástól mentesen adom.

**Jelen beleegyző nyilatkozat az *F-B-04. „Általános beleegyző nyilatkozat”* vagy az *„Ambuláns kezelőlap”* aláírásával együtt érvényes.**

Szombathely, 20 ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.