

Beleegyező nyilatkozat MR vizsgálathoz

Beteg neve:..... Szül. hely:

TAJ szám: Születési idő:.....

Lakcíme:..... Testsúlya: kb.kg

Telefonszám:.....

Kedves Betegünk !

Ön MRI vizsgálatra érkezett osztályunkra. Ez a vizsgálat mágneses mező segítségével történik, amely esetleg veszélyes lehet a testen belül elhelyezkedő fém tárgyakra, eszközökre. *Kérjük, az alábbiakban nyilatkozzon a testében esetlegesen elhelyezkedő fém eszközökről, tárgyairól.*

Az Ön eredményesebb vizsgálatához szükségessé válhat egy érfesték, más néven kontrasztanyag, intravénás beadása, mely a vizsgált szervek, elváltozások pontosabb megítélését teszi lehetővé.

E kontrasztanyag beadása ritkán enyhe (melegségérzés, hányinger, viszketés), egészen ritka esetben pedig súlyosabb (keringési vagy légzési nehezítettség, allergiás reakció) mellékhatásokat is okozhat. Az esetek túlnyomó többségében azonban mellékhatása nincs. A mellékhatások kezelésére, amennyiben fellépnek és erre szükség van, munkatársaink felkészültek. Amennyiben további kérdése vagy egyéb problémája van, közölje azt a vizsgálatot végző asszisztenssel vagy orvossal, aki segítségére lesz.

Kérjük, hogy a vizsgálat megkezdése előtt a következő és a hátoldalon feltett kérdésekre pontos választ adni szíveskedjen.

Van-e a testében fémtartalmú tárgy?

Szívritmus szabályozó (pacemaker)	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Agyi aneurysma klipp	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Hallókészülék	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Fülészeti implantátum	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Fémtartalmú fogpótlás, fogtömés	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Izületi protézis (pl.: csípő-, térd-)	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Fémszilánk, lövedék	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Fémvarrat	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Egyéb beépített fémtartalmú eszköz, műszer	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

Az eltávolítható fém eszközöket, kérjük, a vizsgálat előtt testéről távolítsa el!

Tud-e valamilyen gyógyszer, vegyszer, vagy egyéb allergiáról, érzékenységről?

igen nem

Ha igen, sorolja fel:

Kérjük fordítson ! →



BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ

Kapott-e már korábban vénás kontrasztanyagot (érfestéket) valamilyen Röntgen, CT, MR, vagy egyéb vizsgálat során?

nem igen nem tudom

Ha kapott már kontrasztanyagot, volt-e valamilyen kellemetlen mellékhatása?

nem igen **Ha volt, húzza alá, vagy írja le, mi:**

melegségérzés, viszketés, kiütés, hányinger, hányás, keringési zavar, vérnyomásesés, légzési nehezítettség. Egyéb:

Szenved-e az alább felsorolt betegségek valamelyikében?

Vesebetegség	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Cukorbetegség	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Vérképzőrendszer betegsége	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Köszvény	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Asztma	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Szívelégtelenség	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

A vizsgálat elvégzésébe beleegyezem.

Dátum: 20..... év hó nap

beteg aláírása

STATISZTIKAI RÉSZ (Továbbiakban a vizsgálószemélyzet tölti ki !)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	18	19	20
Agy	Arc/nyak	Gerinc	Mellkas	Szív	Angio	Has	Medence	Ízület,vt	Egyéb	Interven	Th. Terv	Művelet	Kontr.a.	Spec:tek	Fekvő	Szék.v.	Szelet	Film

Elkészült szekvenciák	T1se	T2tse	dual	flair	trufi	T1 fl	VIBE	ce3D	medic	pd fs								
COR																		
SAG																		
TRA																		

Omniscan Egyéb: Beadva: ml

Reakció, és az alkalmazott kezelés leírása, ha volt:

.....

vizsgáló orvos, PH

VÁR

POSTA

VISSZAJÖN