



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

MR vizsgálat

EHB 7-09/00-43

Változat: 1
Hatályba lépés:
2017-01-09

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

Telephely megnevezése:

Telephely címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

bb) gyermeke, ennek hiányában

bc) szülője, ennek hiányában

bd) testvére, ennek hiányában

be) nagyszülője, ennek hiányában

bf) unokája

c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában

cb) szülője, ennek hiányában

cc) testvére, ennek hiányában

cd) nagyszülője, ennek hiányában

cc) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli-e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:
Címe:
Telefonszáma:

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul):

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

A mágneses rezonanciás képalkotás (MRI) során a pácienset erős mágneses térben vizsgáljuk. A szervezet különféle szöveteiről, a kóros képletektől, folyamatokról nagy információ tartalmú, részlet gazdag képeket nyerünk. A mágneses tér mai tudásunk szerint a szervezetre veszélytelen. A vizsgálat során rádióhullámok segítségével kapunk információkat a különféle szervek kóros folyamairól. Esetenként kontrasztanyag adására is sor kerül. A

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

szövődmények, balesetek elkerülése érdekében feltétlenül tudnunk kell, ha Ön szívritmus szabályozóval, vagy agyi aneurizma klippel rendelkezik, mert ilyen esetekben a vizsgálat nem végezhető el!
Okvetlenül jelezze, ha a testében beépített fémeszköz (implantátum, protézis, beültetett pumpa) van, vagy korábbi baleset során fémszilánk, esetleg lövedék került a szemébe, vagy egyéb testrészébe!

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre:

A következő beépített, vagy sérülés során bekerült fémtartalmú eszköz, (pacemaker) fémanyag van a szervezetemben. Kérjük, pontosan jelölje meg!

.....
Tudomásom szerint pacemakert, vagy mágnesezhető fémet a szervezetem nem tartalmaz.

.....
beteg v. törvényes képviselőjének aláírása

Biztonsági okokból az MR vizsgálóba tilos fémet tartalmazó ruházatban bemenni.
A vizsgálat előtt kérjük, ürítsen ki zsebéből minden fémes dolgot (apró pénz, telefon, kulcs).
Vegye le a nem nemesfémből készült ékszereit, testékszereit és törölje le a szemhéjfestéket.
Fennálló terhességben a vizsgálatot csak külön mérlegelés után végezzük el.
Ezért szíveskedjék jelezni, ha Ön állapotos!

Az esetek egy részében vénás kontrasztanyag adás szükséges. A kontrasztanyag ritkán okoz allergiás szövődményt, de súlyos egészségügyi kockázatot jelenthet a vesék nem tökéletes működése esetén.

Ezért kérjük (X-el) jelölje, ha tud:

korábbi kontrasztanyag szövődményről
vesebetegségéről
kezelést igénylő cukorbetegségről

IGEN

NEM

A vizsgálat kivitelezését nehezítheti, olykor lehetetlenné teszi, ha a páciensnek erős bezártság érzése (klauztrófia) van. Zavaró lehet a mérések során hallható erős bűgő, berregő hang. A vizsgálat viszonylag hosszadalmas, ez idő alatt mozdulatlanul kell feküdni. A vizsgálat információ értékét nagymértékben ronthatja, ha a mérés teljes ideje alatt nem sikerül mozdulatlanul maradni. Bizonyos vizsgálatok (hasi) a légzés –utasításnak- megfelelő rövid idejű visszatartását igénylik.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata: Kezelést igénylő betegségére nem derül fény.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Az esetek egy részében röntgen és CT vizsgálatok, érfestés.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: A vizsgáló helységben egy vizsgáló asztalra kell felfeküdni. A vizsgálni kívánt testrészre ún. mágneses tekercset helyez fel az asszisztens. A vizsgálóasztal becsúszik egy viszonylag szűk, kivilágított alagútba. A páciensnek a mérés alatt mozdulatlanul kell feküdnie. A páciens a személyzet egy üveg ablakon keresztül, ill. kamerával is a vizsgálat teljes időtartama alatt szoros megfigyelés alatt tartja. Van rá lehetőség, hogy hozzátartozó, vagy kísérő jelen legyen a vizsgálóban a vizsgálat alatt. Ez külön egyeztetés alapján lehetséges és a biztonsági óvó rendszabályok (semmilyen mágnesezhető fém nem lehet a kísérő ruházatában és szervezetében, és ő sem lehet pacemaker viselő) a kísérőre is vonatkoznak.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért

(különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....
.....
.....

Figyelmeztetés!

Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

Tájékoztatásról való lemondás

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700