Beleegyező nyilatkozat MR vizsgálathoz

Gyermek / beteg neve:…… TAJ száma:……..

Születési dátuma:…… Testsúlya:……kg

Kérjük, hogy egészségi állapotáról a kérdések megválaszolásával nyilatkozzon.

Kapott-e korábban MR kontrasztanyagot ? Igen / Nem

Ha igen, voltak-e allergiás tünetei ? Igen / Nem

Észlelt-e gyógyszerekkel kapcsolatos allergiás tüneteket ? Igen / Nem

Ha igen milyen gyógyszerre? ……

Kérjük jelölje meg az alábbiak közül, milyen ismert betegsége van: asztma magas vérnyomás, epilepszia, cukorbetegség, vesebetegség, májbetegség

Ültettek-e be önnek pacemakert / ICD-t (szívritmus szabályozót) ? Igen / Nem

Van-e szervezetében bármilyen más fém idegen anyag beültetve? Igen / Nem

(pl: hallásjavító készülék, érklipp, ízületi protézis, csavaros rögzítés…)

A megfelelő bekezdés előtti négyzetbe tett 'X'-szel kérjük nyilatkozzon:

☐ **Hozzájárulok, hogy rajtam / hozzátartozómon MR vizsgálatot végezzenek, és szükség esetén vénás injectio formájában kontrasztanyagot adjanak**, melynek esetleges mellékhatásairól előzőleg írásos tájékoztatást (BT-MR-1), kérdéseimre kielégítő választ kaptam.

☐ **Hozzájárulok, hogy rajtam / hozzátartozómon MR vizsgálatot végezzenek, de <u>kontrasztanyag adásához nem járulok hozzá</u>**, vállalva a kontrasztanyagos vizsgálat elmaradása miatti késedelmes vagy esetleg nem teljes diagnózissal járó következményeket

☐ **<u>Nem járulok hozzá</u>, hogy az MR vizsgálatot rajtam/hozzátartozómon elvégezzék**, vállalva a vizsgálat elmaradása miatti késedelmes vagy esetleg nem teljes diagnózissal járó következményeket.

Kijelentem, hogy valamennyi olyan fontos információt megosztottam kezelőorvosommal, mely gyermekem egészségi állapotára, korábbi és esetleges meglévő betegségeire, gyógyszerérzékenységére, allergiáira, korábbi műtéteire vonatkoznak.

Alulírott……kijelentem, hogy a mai napon a fent nevezett gyermek törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom felfüggesztve/ korlátozva/ megszüntetve nincs.

Budapest, 20…….

…….…….....	…….…….....	……
Beteg aláírása	Szülő / gondviselő aláírása	Tájékoztató orvos aláírása, Ph

Gyermek / beteg neve:…… TAJ száma:……..

Intézeti használatra: MR vizsgálatot végző operátor tölti ki

Operátor 1:	**Operátor 2:**

Hozott dokumentáció	CD/DVD átvéve ☐ CD/DVD feltöltve ☐ Zárójelentés / írott dokumentáció átvéve ☐
Iv. kontrasztanyag	Dotarem ☐ …….ml egyéb……ml Gadovist ☐ …….ml
Per os kontrasztanyag	Macrogolum ☐ …….ml összesen …… ml Mannisol ☐ …….ml
Gyógyszerelés	Buscopan ☐ …….ml Furosemid ☐ …….ml ……. ……..
Vizsgálat megszakítása	Beteg kérésére ☐ Technikai okból ☐ …… ……..
Vizsgálatot zavaró tényező	Beteg mozgása ☐ Köhögés / csuklás ☐ Rossz perifériás véna ☐ Paravasatio ☐ …….. …….