

# MR-vizsgálati lap

Projektazonosító: .....

Dátum: .....

Vizsgálati személy neve: .....

Születési ideje: .....

Testmagasság: .....

Testsúly: .....

Elérhetőség (telefon/e-mail): .....

A mágneses rezonancia (MR) elven alapuló képalkotó eljárásokat, a megfelelő biztonsági előírások betartásával, alacsony kockázatú módszereknek tartják. Az MR készülék egy nagyméretű és nagy mágneses erőterrel rendelkező szupravezető elektromágnes, melyben a vizsgálat során rádiófrekvenciás (RF) impulzusokat is alkalmazunk. A mágnes a mágnesezhető fémtárgyakat nagy sebességgel magához vonzza, így azok baleseti kockázatot jelentenek, a nem mágnesezhető fémtárgyak az impulzusok következtében felmelegedhetnek.

**A kockázatok minimalizálása érdekében kérjük, töltsse ki az alábbi kérdőívet.**

Az igen válaszok nem jelentik a vizsgálatból való automatikus kizárást.

## Van-e az Ön testében/testén valami az alább felsorolt dolgok közül?

Igen/Nem

- /  Pacemaker vagy defibrillátor
- /  Inzulin- vagy infúziós pumpa
- /  Cochleáris vagy egyéb fülészeti implantátum
- /  Hallókészülék
- /  Bármilyen fém implantátum/protézis (pl. aneurizmaklipsz, shunt, műbillentyű, katéter)
- /  Testékszer (piercing)
- /  Tetoválás vagy tartós-smink (tetovált szemhéj/ajak, stb.)
- /  Bármilyen fémtöredék (srapnel, fémforgács)

Igen Nem

- /  Művégtag vagy protézis
- /  Csont- vagy ízületi szegecs, csavar, lemez
- /  Drótvarrat vagy sebészi kapocs
- /  Bármilyen implantátum, amit mágnes tart helyben (pl. fogászati)
- /  Transzdermális gyógyszeradagoló (pl. Nitro-tapasz)
- /  Szövetexpanderek (pl. plasztikai műtétek után, ajak-, mell- és egyéb implantátum)
- /  Színes kontaktlencse
- /  Amalgám fogtömés

## Az alábbi állítások igazak-e Önre?

Igen/Nem

- /  Van diagnosztizált ill. kezelt szorongásos kórképem (pl. pánikbetegség)
- /  Rosszullét fog el sötét szűk helyeken (klausztofóbia)
- /  Epilepsziás vagyok
- /  Volt nyílt töréssel járó balesetem
- /  Neurológiai/ideggyógyászati panaszaimmal kivizsgáltak ill. kezelték korábban

Igen Nem

- /  Foglalkoztam fémmegmunkálással ill. esztergálással (akár hobby szinten)
- /  Volt petárdával ill. egyéb pirotechnikai eszközzel kapcsolatos balesetem
- /  Tudomásom van jelenleg fennálló terhességről
- /  Végeztek rajtam műtéti beavatkozást. Részletek:

**Az MR-szobába belépés előtti ellenőrző lista**  
(az alábbi lépések megtörténtek ill. az alábbi tárgyak eltávolításra kerültek)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zsebek kiürítése (hátsó és órazseb is) | <input type="checkbox"/> Mobiltelefon  |
| <input type="checkbox"/> Óra, karkötő                           | <input type="checkbox"/> Pénztárca, aprópénz                                       |
| <input type="checkbox"/> Nyaklánc                               | <input type="checkbox"/> Bankkártyák   |
| <input type="checkbox"/> Fülbevaló                              | <input type="checkbox"/> Szemüveg (ha nem titánium a kerete)                       |
| <input type="checkbox"/> Testékszer (piercing)                  | <input type="checkbox"/> Cipő, ha sok fém van benne                                |
| <input type="checkbox"/> Hajtű, hajcsat                         | <input type="checkbox"/> Fémkosaras illetve nagy fémkapoccsal rendelkező melltartó |
| <input type="checkbox"/> Gyűrű                                  | <input type="checkbox"/> Kivehető fogszabályozó ill. fogprotézis                   |
| <input type="checkbox"/> Öv                                     | <input type="checkbox"/> Egyéb fémet tartalmazó tárgy                              |
| <input type="checkbox"/> Kitűzők, jelvények                     |  |

---

### Nyilatkozat

Az MR eljárással, illetve a tervezett kísérlettel kapcsolatban minden számomra fontos információt megkaptam. A vizsgálati kérdőívet kitöltöttem, a benne foglalt állítások valódiak. A vizsgálatban önszántamból, saját felelősségemre veszek részt.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálatához szükséges személyes adataim a törvényi előírásoknak megfelelően tárolásra kerüljenek, valamint a vizsgálat során rólam készült anatómiai és funkcionális adatok anonim módon rögzítésre kerüljenek, azt az illetékesek elektronikus úton tárolják, és kutatási célból felhasználják, úgy hogy harmadik fél részére személyem azonosítására alkalmas információt nem szolgáltatnak ki.

Tudomásul veszem, hogy a rajtam elvégzett MR-vizsgálat nem diagnosztikai jellegű, mely alapján az egészségi állapotomat illető adekvát megállapítások nem történhetnek: a felvételekről kizárólag csak egy jelentősen korlátozott klinikai-diagnosztikai értékkel bíró szakorvosi lelet készülhet.

Adatait a 2018. május 25-től hatályos 2016/679/EU Európai Unió általános adatvédelmi irányelvét és a magyarországi jogszabályokat (2011. évi CXII. adatvédelmi tv.) is betartva fogjuk kezelni.

Budapest, 20

.....  
Korlátozottan cselekvőképes  
kiskorú (gyerek) aláírása

.....  
Törvényes képviselő aláírása

AKK részéről a mérést végző személy neve:

.....

Aláírás: .....