

NAVODILA ZA MR PREISKAVO

Spoštovani!

Napoteni ste na magnetnoresonančno tomografijo (MR).

Prosimo Vas, da preberete to besedilo, izpolnite vprašalnik in podpišete soglasja za izvedbo preiskave.

I. OSNOVNE INFORMACIJE

KAJ JE MR?

MR je preiskava, pri kateri v magnetnem polju s sunki radijskih valov vzpodbudimo oddajanje šibkih radijskih signalov iz telesa, ki jih zaznavajo občutljive antene (tuljave). Računalnik te signale obdelava in jih spremeni v slike. Pri MR ni rentgenskega (ionizirajočega) sevanja.

Preiskava ni boleča in do danes niso poznani njeni škodljivi vplivi.

KAKO POTEKA?

Med izvedbo preiskave ležite v odprtini MR aparata, ki ima obliko tunela. Pri nekaterih ljudeh se zaradi tega lahko pojavi občutek utesnenosti.

V intervalih bo slišen glasen ropot. Za blažitev hrupa boste dobili slušalke ali ušesne čepke. Pomembno je, da ste med preiskavo povsem pri miru, saj že najmanjši gibi pregledovanega dela telesa naredijo slike neuporabne. Če zaradi bolečin težko mirno ležite na hrbtu, lahko pred obravnavo vzamete protibolečinsko sredstvo. Preiskava traja od 15 minut do ene ure.

ZAKAJ JE POTREBNO UPORABITI KONTRASTNO SREDSTVO?

V določenih primerih aplikacija kontrastnega sredstva pomembno izboljša povednost preiskave. Po navodilu radiologa ga bolnik prejme v obliki intravenske injekcije.

Če imate znano alergijo na kontrastno sredstvo, ledvično bolezen oziroma slabše delovanje ledvic, nas na to opozorite.

ALI SO V ZVEZI S KONTRASTNIM SREDSTVOM MOŽNI ZAPLETI?

Ob vbrizganju kontrastnega sredstva lahko občutite toploto, kar je pričakovano in ne predstavlja zapleta. Na mestu vboda je možen pojav manjše podplutbe.

V zelo redkih primerih se lahko razvije alergijska reakcija na kontrastno sredstvo, ki je najbolj verjetna prve pol ure po aplikaciji. Takrat je možen pojav slabosti, srbeža, izpuščaja, nihanja krvnega tlaka. Na te znake nas takoj opozorite!

Težki alergijski zapleti, kot so dušenje, krči, padec krvnega tlaka in motnje srčnega ritma so zelo redki. Verjetnost, da bi se pojavili, je 1 : 10000.

Tveganje je v primerjavi s koristnostjo preiskave zanemarljivo.

II. OPOZORILA

Določeni vsadki, naprave ali predmeti so v bližini aparature za MR za Vas lahko smrtno nevarni. V kolikor boste na priloženem vprašalniku na katero izmed vprašanj v točki 8 odgovorili z »DA«, morate pridobiti certifikat ali mnenje lečečega zdravnika glede združljivosti vsadka ali naprave z MR preiskavo. V kolikor imate vstavljen srčni spodujevalnik (»pace-maker«) ali defibrilator nas na to NUJNO opozorite, saj v tem primeru zaradi Vaše varnosti MR preiskave v naši ustanovi ne moremo opraviti.

V primeru, da imate katerokoli izmed naštetih stanj, nas prosim obvestite:

- znano alergijo na kontrastno sredstvo ali predhodno hudo alergijsko reakcijo,
- strah pred zaprtim prostorom (klavstrofobijo),
- ledvično bolezen,
- nosečnost.

Če imate v zvezi s tem kakršenkoli dvom ali vprašanje, se posvetujte z našim osebjem **PREDEN VSTOPITE** v preiskovalni prostor.

Magnetno polje naprave za MR je namreč **STALNO AKTIVNO**.

III. NAVODILA

Pred vstopom v preiskovalni prostor morate odstraniti **VSE** kovinske predmete, tudi slušni aparat, umetno zobovje, ključke, mobilne telefone in druge elektronske naprave, očala, lasnice, pokrivala, nakit, »piercing«, ure, pas, varnostne zaponke, pisarniške sponke, bančne in kreditne kartice, parkirne listke z magnetnim zapisom, kovance, pisala, žepne nože, ščipalce za nohte, vžigalnike, oblačila s kovinskimi sponkami, pritiskači ali zadrgami in druge.

Oblecite oblačila brez kovinskih gumbov in sponk.

VPRAŠALNIK

Za varno izvedbo preiskave Vas prosimo, da izpolnite sledeči vprašalnik!

Ime in priimek:
Naslov:
Telefonska številka:
Višina: cm, telesna teža: kg

1. Ali imate vstavljen srčni spodbujevalnik (»pace-maker«), srčni defibrilator? **DA** **NE**

OPOZORILO: v kolikor ste odgovorili »DA«, MR preiskave zaradi Vaše varnosti v naši ustanovi ne moremo opraviti!

2. Ali ste bili operirani? **DA** **NE**
Če »DA«, kaj in kdaj

3. Ali ste predhodno že opravili preiskavo z MR? **DA** **NE**
Če »DA«, katero in kdaj

4. Prosimo, da na kratko opišete svoje težave (kakšne so in koliko časa trajajo, ali ste imeli poškodbo ipd.)

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

5. Imate astmo, ste alergični na katero zdravilo ali kontrastno sredstvo? **DA** **NE**

6. Ali ste noseči? **DA** **NE**

7. Ali vas je strah ozkega prostora? **DA** **NE**

8. Navedite, če imate karkoli od naštetega:

8.1 Kovinske tujke:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| - kirurške sponke, kovinske šive | DA | NE |
| - kostne vijake, plošče, žice | DA | NE |
| - kovinski stent, filter, žico | DA | NE |
| - sponko na anevrizmi | DA | NE |
| - druge žice ali elektrode | DA | NE |
| - piercing | DA | NE |
| - kovinske okruške | DA | NE |
| - kakršnekoli druge kovinske tujke v/na telesu: | DA | NE |

8.2	Protezo:		
-	očno	DA	NE
-	zobno	DA	NE
-	kakršnokoli drugo protezo v/na telesu:	DA	NE
8.3	slušni aparat	DA	NE
8.4	zobni aparat	DA	NE
8.5	umetno srčno zaklopko	DA	NE
8.6	vstavljen sistem za vnašanje zdravil	DA	NE
8.7	inzulinsko črpalko	DA	NE
8.8	kakršenkoli drugi vsadek:	DA	NE
9.	Ali imate ledvično bolezen?	DA	NE
10.	Ali imate infekcijsko bolezen (HIV, hepatitis)?	DA	NE

SOGLASJI

1. S podpisom potrjujem, da sem prebral(a) besedilo, da sem na vprašanja odgovoril(a) verodostojno, da sem seznanjen(a) s potekom preiskave in z možnimi zapleti, da razumem potek preiskave in z njeno izvedbo soglašam. Pojasnilno dolžnost je opravil radiološki inženir pred preiskavo.

Podpis pacienta ali zakonitega skrbnika

2. Seznanjen(a) sem z možnostjo aplikacije kontrastnega sredstva in drugih zdravil, ki so potrebna za izvedbo diagnostične MR preiskave, ter s tem (obkrožite spodaj)

soglašam

ne soglašam

Podpis pacienta ali zakonitega skrbnika

Maribor, (datum in ura)

NAČIN DOSTAVE IZVIDA

Po opravljeni preiskavi boste prejeli navodila za dostop do izvida in slik preko spletne strani.

Prosimo, da s križcem ustrezno označite, na kakšen način želite prejeti izvid v fizični obliki.

Osebni dvig

Navadna pošta