

MAGNETNA REZONANCA

NAVODILO IN SOGLASJE ZA IZVEDBO PREISKAVE

Ime in priimek: Matični indeks:

Datum rojstva: Spol: M Ž Teža: kg Višina: cm

Opis preiskave

Magnetna resonanca (MR) je relativno nova tehnika slikanja človeškega telesa z uporabo močnega magnetnega poja, radijskih valov in računalnika. Zaradi magnetnega polja morajo preiskovanci opozoriti na opravljene posege v telesu v smislu vsajenih kovinskih predmetov: *srčni spodbujevalni in druge elektronske naprave, znotraj-žilne opornice, kovinske ploščice, vijaki, sponke po operacijah (žolčni kamni), umetni sklepi, krogle, drobci in podobno*. MR preiskave nosečnicam v prvih treh mesecih nosečnosti ne priporočamo, če ni nujno potrebno.

Tveganja, povezana s predlagano preiskavo

Dosedanje preiskave niso pokazale za organizem škodljivih vplivov. Edina slaba lastnost slikanja z MR je segrevanje telesa (manj kot 1 °C) zaradi učinka visokofrekvenčnega sevanja.

Alternativne možnosti

V primeru, da MR preiskave ne morete opraviti, se o primerni alternativni preiskavi posvetujte z lečečim oziroma osebnim zdravnikom. V največ primerih pride v poštev računalniška tomografija, ultrazvok, scintigrafija ali endoskopija.

Priprava na preiskavo

Za MR preiskave brez kontrastnega sredstva niso potrebne predhodne priprave. Oblecite oblačila brez kovinskih sponk in kovinskih gumbov.

Pred pregledom morate odstraniti:

- Vse kovinske predmete (ključe, nakit, svinčniki, očala, zobna proteza, kovanci, pas, nedrček, lasnice, špangice, kovinski gumbi, drobiž, svinčniki, nalivniki).
- Uro, kreditne kartice, GMS aparat, slušni aparat, elektronske naprave, ker se lahko poškodujejo.

Potek preiskave

Preiskava poteka v posebnem preiskovalnem prostoru in traja (najmanj 30 in največ 90 minut) povprečno 30-45 minut. Preiskava je neboleča in zaenkrat nenevarna. Zelo pomembno je, da se med preiskavo ne premikate in ste sproščeni. Glasen ropot, ki spremlja preiskavo, je povsem normalna posledica preklapljanja elektromagneta. Da ga boste lažje prenašali, vam bomo dali slušalke za poslušanje glasbe.

Navodila po opravljeni preiskavi

Po opravljeni preiskavi prejmete pisno mnenje radiologa naknadno v roku 2-5 delovnih dni.

POMEMBNA VPRAŠANJA

V sobi z magnetnoresonančnim aparatom je močno magnetno polje. Pred izvedbo preiskave moramo vedeti ali obstaja možnost, da imate kovinski delec oziroma tujek v vašem telesu. Kovinski delci ovirajo preiskavo, lahko pa so tudi zelo nevarni. Zato vas lepo prosimo, da odgovorite na naslednja vprašanja.

1. Ali imate klavstrofobijo – strah pred zaprtim prostorom? da ne

2. Ali ste bili kdaj operirani? Naštejte operativne posege in datume izvedbe:

3. Ali imate v vašem telesu kaj od naštetega?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Srčni spodbujevalec (pace maker) | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Kirurške sponke ali aneurizmatški klip | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Žilni filter ali stent | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Umetno srčno zaklopko | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Osteosintetični ali drug ortopedski material | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Slušni implantant ali umetno lečo | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Očesno protezo | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Neurostimulator | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Implantirano insulinsko črpalko | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Zobno protezo ali mostiček | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

V primeru, da ste na katerega izmed zgornjih vprašanj odgovorili z DA, vas vljudno prosimo, da nam dostavite potrdilo o uporabljenem materialu, kjer je navedena kompatibilnost z MR, datum ter podpis izdajatelja potrdila.

4. Ste imeli kdaj poškodbo očesa? da ne

5. Ste bili kdaj poškodovani s kovinskim tujkom?
• Če da. Ali so vam kovinske tujke odstranili? da ne

5. Ali imate kaj od spodaj naštetega?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Anemijo ali kakšno drugo bolezen krvi | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Bolezni ledvic | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Sladkorno bolezen | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Astmo ali preobčutljivostno bolezen dihal | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Preobčutljivost na katerakoli zdravila | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

6. Ste že imeli alergično reakcijo na kontrastno sredstvo? da ne

7. Za pacientke:

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Ali ste noseči? | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Ali dojite? | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

V primeru, da se gre za osebo s posebnimi potrebami, naprošamo spremstvo, da med preiskavo počaka v čakalnici. V kolikor imate s seboj izvide drugih preiskav vezane na vaše težave, je zaželeno, da jih ima naš zdravnik na voljo za vpogled pri pisanju izvida. Izvide preiskav lahko po dogovoru prevzamete osebno ali pa jih prejmete naknadno po pošti na dom.

Navodilo in soglasje sem prebral-a, ga razumel-a in s svojim podpisom pristajam na izvedbo preiskave.

Datum: Podpis pacienta: Podpis inženirja:

Potrdilo o kompatibilnosti vgrajenega materiala:

Izdajatelj potrdila: Datum potrdila: