

## INFORMATIVNI OBRAZEC S SOGLASJEM ZA PREISKAVO Z MAGNETNO RESONANCO

### KAJ JE

Magnetna resonanca (MR) je diagnostična tehnika, pri kateri se ne uporabljajo ionizirajoča sevanja ali radioaktivne snovi. Pri MR uporabljamo statična polja magnetne indukcije in radiofrekvenčnih elektromagnetnih valov, ki so podobni radiotelevizijskim valovom.

Osnovna magnetna resonanca je neinvazivna diagnostična preiskava in na osnovi dosedanjega znanja ne povzroča bioloških učinkov na pacientih ter se izvaja v skladu z varnostnimi predpisi in standardi.

Vseeno pa je priporočljivo, da MR ne opravijo pacientke v prvem tromesečju nosečnosti.

### ČEMU SLUŽI

MR uporabljamo za diagnosticiranje patoloških primerov v možganih in hrbtenici, abdomnu, medenici, ožilju in mišično-skeletnem sistemu (sklepi, kost, mehka tkiva).

### KAKO POTEKA

Preiskava ni boleča ali moteča. Pacient se uleže in glede na organ, ki ga je treba pregledati, se okoli telesa postavi obroče, čelado, plošče itd., ki se prilagodijo obliki telesa in ne povzročajo bolečin ali motenj, saj niso naslonjene na telo, razen endorektalnih elementov.

Med preiskavo lahko pacient sliši ritmične zvoke različne jakosti, ki jih povzroča navadno delovanje naprave za MR.

V določenih primerih je potrebno še vbrizgavanje paramagnetnega kontrastnega sredstva v žilo.

### KAJ SE LAHKO ZGODI - MOREBITNI ZAPLETI

Redke so rahle motnje, kot so klavstrofobija, občutek vročine, srbečica, težko dihanje, palpitacije ali občutek slabosti. V teh primerih lahko na težavo opozorite operaterje z uporabo ustrezne signalne naprave, ki jo boste imeli v rokah med celotnim potekom preiskave.

### PRIPRAVA – PRIPOROČILA

Pred začetkom preiskave z MR morajo pacienti sodelovati z zdravnikom (osebo, odgovorno za diagnostično preiskavo) in pravilno izpolniti "anamnestični vprašalnik" (v nadaljevanju), s katerim lahko izključimo vse morebitne kontraindikacije.

Zato priporočamo naslednje:

- v slačilnicah oz. ustreznih omarah pustite kovinske, železo-magnetne ali magnetne predmete (mobitele, kovance, ure, ključe, uhane, značke, dragulje, sponke za lase, magnetne kartice, kreditne kartice itd.),

- odstranite morebitne zobne proteze in naprave za izboljšanje sluha,

- odstranite kontaktne leče in očala,

- slecite se in oblecite haljo za enkratno uporabo, ki vam jo je dalo pomožno osebje,

- uporabite slušalke ali ušesne čepe, ki vam jih je dalo pomožno osebje.

Priporočamo, da se ne ličite ali uporabite laka za lase, ker lahko ti elementi zmanjšajo kakovost resonance. **Med preiskavo se ne smete premikati in redno dihajte.** Ni treba prekiniti morebitnih farmakoloških terapij (npr. za hipertenzijo ali sladkorno bolezen).

## ANAMNESTIČNI VPRAŠALNIK ZA PREISKAVO Z MR

Ime \_\_\_\_\_ priimek \_\_\_\_\_ rojen/a \_\_\_\_\_ (pokr. \_\_\_\_\_) dne \_\_\_\_\_  
s stalnim prebivališčem \_\_\_\_\_ (pokr. \_\_\_\_\_) ulica/trg \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_

Teža? KG.....

Ali ste že kdaj opravili MR preiskavo? ..... DA NE

• Ali ste klavstrofobični? ..... DA NE

• Ali ste kdaj delali (oz. delate) kot varilec, strugar, avtoličar? ..... DA NE

• Ali ste kdaj utrpeli prometno nesrečo, lovsko nesrečo? ..... DA NE

• Ali ste kdaj bili žrtev eksplozije? ..... DA NE

Ali ste domnevno ali zagotovo noseči? ..... DA NE

• Ali ste kdaj imeli alergijsko reakcijo, povezano s kontrastnim sredstvom? ..... DA NE

• Ali ste bili operirani na: (označite DA NE)

Glava ..... Trebuh ..... Vrat.....

Okončine ..... Prsa.....Oči.....

..... Drugo.....leta.....

• Ali veste, da v notranjosti svojega telesa imate eno ali več zdravstvenih naprav ali kovinskih teles?

DA NE

• Ali nosite:

Srčni PaceMaker ali druge vrste srčnih katetrov? ..... DA NE

Kovinske drobce ali delce? ..... DA NE

Clips na anevrizmih (žile), aorta, možgani? ..... DA NE

Srčne zaklopke? ..... DA NE

Stents? ..... DA NE

Vsajene defribilatorje? ..... DA NE

Distraktorje na hrbtenici? ..... DA NE

Infuzijsko črpalko za inzulin ali druga zdravila? ..... DA NE

Kovinske delce v ušesih ali naprave za izboljšanje sluha? ..... DA NE

Nevrostimulatorje, elektrode v možganih ali subduralne? ..... DA NE

Druge vrste stimulatorjev? ..... DA NE

Intrauterine naprave (IUD)? ..... DA NE

Hrbtenično ali ventrikularno derivacijo? ..... DA NE

Zobno protezo, fiksno ali premično? ..... DA NE

Kovinske proteze (zaradi starih zlomov, popravkov na okončinah itd.), vijake, žeblice, žico, itd?

DA NE

Druge proteze? ..... DA NE

Lociranje .....

• Ali menite, da imate kovinske naprave ali druga kovinska telesa v notranjosti telesa, za katere veste,

da jih imate? ..... DA NE

Ali nosite očesno protezo? ..... DA NE

Ali imate piercing? ..... DA NE

Lociranje .....

Ali ste tetovirani? ..... DA NE

Lociranje.....

Ali uporabljate zdravilne obliže? ..... DA NE

**PRIPRAVA:**

Pred začetkom preiskave z MR morate odstraniti:

kontaktne leče, naprave za izboljšanje sluha, zobne proteze, premične zobne krone, trakove za kilo, sponke za lase, očala, dragulje, ure, kreditne kartice ali druge magnetne kartice, žepne nože, sponke za bankovce, kovance, ključe, samodejne kavlje, kovinske gumbe, značke, obleke z zadrgo, kovinske pincete, palične sponke, pilice, škarje, druge kovinske predmete.

Pred začetkom preiskave odstranite ličenje z obraza.

**ZDRAVNIK, ODGOVOREN ZA PREISKAVO Z MR**

Potem, ko sem vzel na znanje odgovore pacienta in po opravljenem zdravniškem pregledu in/ali dodatnih diagnostičnih predhodnih pregledih,

**DOVOLJUJEM IZVEDBO PREISKAVE Z MR**

Podpis zdravnika, odgovornega za izvedbo preiskave z MR

Datum

Podpis morebitnega tolmača/ke

Datum

**INFORMIRANO SOGLASJE** pacienta za izvedbo preiskave z MR

**PACIENT**

Meni, da je dovolj seznanjen/a s tveganji in kontraindikacijami, ki izhajajo iz izpostavljanja elektromagnetnim poljem, ki jih proizvaja naprava za MR. Zato, zavedajoč se pomena ponujenih odgovorov, dovoljuje izvedbo preiskave

Podpis pacienta (\*)

Datum

(\*)V primeru, da je pacient mladoleten, morajo obrazec podpisati oba starša, zastopnik ali skrbnik.

**PREKLIC SOGLASJA**

Podpisani/a \_\_\_\_\_ rojen/a v \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

PREKLIČEM soglasje za izvedbo zgoraj omenjenega zdravstvenega dejanja.

Datum \_\_\_\_\_

Podpis pacienta/staršev/skrbnika/zastopnika \_\_\_\_\_

Podpis odgovornega zdravnika \_\_\_\_\_