



NAVODILA ZA PREGLED DOJK Z MAGNETNO REZONANCO

(MR DOJK)

Za razjasnitev vaših zdravstvenih težav ste bili napoteni na pregled z magnetno resonanco. Za vašo informiranost vas naprošamo, da preberete spodnja navodila in odgovorite na vprašanja, na posebej priloženem vprašalniku. Obenem vas prosimo, da vprašalnik tudi podpišete, s čimer pristajate na pregled.

S tem dokumentom vam želimo posredovati osnovne informacije o pregledu z magnetno resonanco. Če imate še kakršnakoli vprašanja nas lahko pokličete in z veseljem vam bomo pomagali z informacijami.

KAJ POTREBUJEM?

Prosimo vas, da se držite dogovorjene ure in da pridete na pregled nekaj minut prej, tako da lahko uredimo administrativni del. Prosimo, da s seboj prinesete:

- zdravstveno kartico,
- izvide, ki se nanašajo na aktualen zdravstveni problem,
- slikovno dokumentacijo iz drugih zdravstvenih ustanov (CD, USB).

Če imate v telesu kakršenkoli kovinski tujek ali druge elektronske naprave (srčni spodbujevalnik, kovinske sponke, kirurški material, sisteme za vnos zdravil ...) morate pridobiti soglasje o združljivosti oz. kirurgovo potrdilo, da lahko pregled varno opravite. Zobozdravstveni material je za magnetno resonanco varen.

KAJ JE PREGLED MR DOJK?

MR dojk je diagnostični postopek za ocenjevanje težav z dojkami. Uporablja se v kombinaciji z mamografijo in ultrazvokom. S tem pregledom ustvarimo večdimenzionalno sliko prsi z uporabo močnega magnetnega polja in radijskimi valovi. Vaših prsi med pregledom ne bomo stiskali. Pregled je popolnoma neboleč.

Pri ženskah, ki še imajo menstrualni cikel, je pregled najbolje opraviti med 7. in 15. dnevom menstrualnega ciklusa. Za ženske, ki menstruacije nimajo več, je vseeno. Med nosečnostjo in dojenjem je pregled dojk z magnetno resonanco odsvetovan. Prav tako odsvetujemo pregled dojk z magnetno resonanco ženskam, ki trenutno jemljejo hormonsko nadomestno terapijo. Ženske, ki so imele biopsijo in jim je v prsih ostal »clip« naj preverijo, ali lahko s to vrsto »clipa« varno opravimo pregled. Prav tako pregleda ne opravimo, če ima ženska po rekonstrukciji dojke t. i. »expanderje«, ki širijo tkivo pri pooperativnih rekonstrukcijah.

Kdaj je smotrna slikovna metoda MR dojk:

- pri mutiranem BRCA1 ali BRCA2 genu,
- pri ožjem sorodniku (starš, dvojček, otrok) s pozitivnim BRCA1 ali BRCA2 genom,
- pri povečani verjetnosti za razvoj prsnega raka,
- pri osebah, ki so imela obsevanja v področju prsnega koša med 10. in 30. letom,
- pri osebah z redko genetsko okvaro, ki poveča tveganje za razvoj raka na prsih.

Preiskavo lahko opravimo tudi za:

- pregled abnormalnosti v prsih, ugotovljenih z mamografijo, ultrazvokom, pri fizičnem pregledu ali na napotitev radiologa,
- pregled pri prsnih vsadkih (položaj, integriteta) in pa tkivo okoli vsadkov, če za to obstaja medicinski razlog,
- pregled dojk pri osebah z ugotovljenim tumorjem na prsih, pred operacijo,
- pregled, s katerim ocenjujemo učinek kemoterapije na tumor,
- pregled, s katerim ocenjujemo in ovrednotimo brazgotine, in jih ločimo od morebitnih novonastalih tvorb po operaciji (vsaj 6 mesecev po operaciji).

PREGLED MR DOJK PRI ŽENSKAH S PRSNIMI VSADKI

MR dojk predstavlja t. i. »zlati standard« pri slikovni diagnostiki za ocenitev prsi po operaciji s prsnimi vsadki. Je zelo učinkovita metoda pri sumu na poškodbo vsadka in pri ocenitvi tkiva okoli vsadkov. Če imate prsne vsadke, je pomembno, da nas o tem obvestite ob naročanju na pregled. Prav tako bomo potrebovali podatek o vrsti vsadkov, predvsem s čem so vsadki napolnjeni (silikon, fiziološka raztopina, olje ali kombinacija omenjenih). Preverite pri svojem plastičnem kirurgu, če s to informacijo ne razpolagate.

PRIPRAVA PREISKOVANKE NA PREISKAVO

Na dan pregleda lahko normalno pijete in kaj malega pojedete, drugače pa je zaželeno, da 4 ure pred pregledom ne uživajte ničesar. Prosimo vas, da na pregled prinesete vse morebitne izvide mamografij, ultrazvokov dojk ali predhodnih MR pregledov dojk. Tako bo zdravnik lažje interpretiral vaše stanje.

Ker pregled lahko traja do 45 minut je zaželeno, da pred začetkom opravite tudi morebitne fiziološke potrebe. Ob sprejemu vam bo radiološki inženir, ki bo pregled vodil, dal vsa pojasnila glede pregleda.

Priporočljivo je, da se za pregled oblečete v lahkotna oblačila (npr. ohlapno majico, trenirko brez zadrg ipd.), brez kakršnih koli dekoracij (kamenčkov, kovin ...). V nasprotnem primeru vas oblečemo v bolniško haljo, da zagotovimo intimnost in nemoten pregled. Prosimo vas tudi, da se na dan pregleda pod pazduho ne mažete z dezodoranti ali kremami.

POTEK PREISKAVE



Na preiskovalni mizi ležite na trebuhu, dojki pa prosto ležita v posebej za to namenjeni tuljavi. Ker je v aparatu močna ventilacija, pacientke pokrijemo da jim ni hladno. V tem položaju je potrebno zdržati okoli pol ure. Ležite kar se da sproščeno, ne v krču, a vendar pri miru. Dojki v odprtino namestimo tako, da ne povzročimo kakšnih kožnih gub. Med preiskavo lahko dihate normalno.



ZAKAJ POTREBUJEM ZA MR DOJK INJEKCIJO KONTRASTNEGA SREDSTVA?

MR dojk skoraj vedno opravimo z injiciranjem kontrastnega sredstva imenovanega gadolinij. Injiciramo ga preko venskega kanala, ki vam ga nastavimo pred pregledom. Kontrast apliciramo s pomočjo injektorja, ki uravnava pritisk in količino apliciranega sredstva.

Kontrastno sredstvo zaokroži po celotnem krvnem obtoku in nam pomaga odkriti morebitna odstopanja od normalnega tkiva. Z uporabo kontrastnega sredstva lahko potrdimo:

- abnormalnosti dojk,
- razlikujemo med benignimi (nenevarnimi) in malignimi (nevarnimi) tvorbami,
- velikost in lokacijo sumljivega tkiva,
- povečane bezgavke pod pazduho in v prsnem košu, ki pogosto spremljajo bolezen.

KAKO PO KONČANEM PREGLEDU?

Po pregledu boste pri nas še malo počakali, drugače pa lahko normalno nadaljujete z aktivnostmi. Zaradi pregleda in kontrasta samega nimate nikakršnih omejitev.

IZVID

Vaše slike bo po preiskavi pregledal zdravnik radiolog. Ker bo med preiskavo narejenih več sto slik, interpretacija le-teh ni možna takoj.

Pisni izvid boste prejeli na osnovi vaše izbire, kot označeno spodaj.

PRIVOLITVENA IZJAVA:

Želim, da se mi pošlje izvid na naslednji način (ustrezno označiti):

- Osebni dvig
- Navadna pošta
- Elektronska pošta

PREISKAVA DOJK Z MAGNETNO RESONANCO (MR DOJK)

Za oceno morebitnega tveganja ob pregledu ter kvalitetnejšega poteka preiskave vas prosimo, da odgovorite na spodnja vprašanja.

VAŠI OSEBNI PODATKI:

Ime in priimek: _____

Naslov, občina: _____

Datum rojstva: _____

E-mail: _____

Tel. št.: _____

1. Prosimo, če nam lahko na kratko opišete vaše klinične težave oz. razlog vašega prihoda na preiskavo MR dojk:

2. Prsni vsadki DA NE

3. Zgoščeno žlezno tkivo dojke DA NE

4. Zatrldina v dojkah

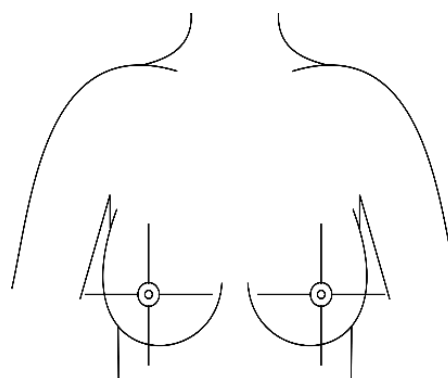
· Katera dojka, kje? DA NE

5. Bolečina v dojkah

· Katera dojka? DA NE

6. Izcedek iz dojke

· Katera dojka? DA NE



Označite morebitne zadržline ali bolečino?

7. Ugotovljen tumor dojk

• Katera dojka? DA NE

8. Družinska zgodovina raka na dojkah DA NE

Drugo: _____

PREDHODNI PREGLEDI:

Opišite morebitne najdbe na omenjenih pregledih:

1. Mamografija: _____

2. Ultrazvok dojk: _____

3. MR dojk: _____

DOSEDANJE OPERACIJE:

Ali ste že imeli kakšno operacijo na prsih? DA NE

• V primeru DA, kakšen poseg je bil napravljen? _____

• Kdaj in kje je bila operacija opravljena? _____

MENSTRUACIJA:

Ali še imate menstruacijo? DA NE

• V primeru DA, kdaj je bil prvi dan zadnjega cikla? _____

SPLOŠNO:

Ali dojite? DA NE

Ali jemljete oz. ste kadarkoli jemali hormone, vključno s kontraceptivi? DA NE

- V primeru DA, kateri tip? _____
- Kdaj ste prenehali z jemanjem? _____

ZGODOVINA:

Ali imate v ožji družini koga, ki je zbolel za tumorjem na prsih? DA NE

- V primeru DA, navedite kateri sorodnik? _____

Ali ste bili testirani za gen za raka na prsih? DA NE

- V primeru DA, ali ste nosilec gena? DA NE

Ste bili kdaj obsevani v področju prsnega koša? DA NE

- V primeru DA, zakaj in kdaj? _____

Potrjujem, da so navedene informacije najbolj točne, kolikor jih lahko podam. Prebral/-a in razumel/-a sem vsebino tega vprašalnika. Prav tako sem imel/-a možnost dobiti vsa pojasnila, ki se nanašajo na predhodna vprašanja.

Soglašam in sem seznanjen/-a z izvedbo preiskave, prav tako dajem soglasje za aplikacijo kontrastnega sredstva (KS), če se bo pri preiskavi pokazalo, da je aplikacija le-tega za natančnejšo diagnozo potrebna. Dovoljujem, da se moji podatki v zvezi s to preiskavo zbirajo, hranijo in posredujejo uradnim službam za potrebe zahtevanih statistik (ZVISJV-UPB 1, UL št.50, 29. 5. 2003).

Samo za samoplačnike! Na preiskavo sem naročen/-a kot samoplačnik in v nobenem primeru ne bom iz naslova obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja od ZZZS zahteval/-a povračila stroškov (izjavo smo kot pogodbeni partner dolžni pridobiti v skladu s 39. čl. splošnega dogovora za leto 2010).

Datum

Podpis



PRIVOLITEV ZA OBDELAVO OSEBNIH PODATKOV

Priloga št. 3 k Pravilniku o zavarovanju osebnih podatkov izvajalca zdravstvene dejavnosti RADIOMED d.o.o.

PRIVOLITVENA IZJAVA POSAMEZNIKA,

ki jo v skladu z določili Uredbe (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter razveljavitvi Direktive 95/46/ES (v nadaljevanju Splošna uredba) podaja

Ime: _____

Priimek: _____

Naslov: _____

Z izbiro te izjave dajem upravljavcu osebnih podatkov (izvajalcu zdravstvene dejavnosti) RADIOMED d.o.o. privolitev za obdelavo mojih osebnih podatkov, brez posebnih vrst osebnih podatkov (brez podatkov o zdravstvenem stanju idr.), ki jih obdeluje na podlagi zakona in sklenjenih pogodb ter izvajanja zdravstvene dejavnosti, za namen neposrednega trženja, ki vključuje oblikovanje tudi meni prilagojenih ponudb različnih vrst produktov iz področja zdravstvene dejavnosti, ki jo izvaja izvajalec in vabil na dogodke na podlagi ocenjevanja in predvidevanja mojih interesov, ekonomskega položaja, potreb ipd., preko (ustrezne ponujene oblike v spodnjih alinejah označiti/odkljukati):

- navadne pošte,
- elektronske pošte,
- kratkih sms sporočil in MMS sporočil,
- telefona,
- z uporabo samodejnih klicnih in komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko brez človekovega posredovanja.

Seznanjen sem z možnostjo, da lahko podano privolitev kadarkoli delno ali v celoti prekličem. To lahko storim s pisno izjavo, naslovljeno na naslov (izvajalca zdravstvene dejavnosti) Glaserjev Trg 1, 2311 Hoče, ali na elektronski naslov (izvajalca zdravstvene dejavnosti) info@radiomed.si in izvajalec bo z obdelavo, ki temelji na preklicani privolitvi, prenehal naslednji dan po prejemu preklica privolitve.

Kraj, datum

Podpis