

NAVODILA ZA PREGLED Z MAGNETNO REZONANCO (MR)

Vaš osebni zdravnik vas za razjasnitev zdravstvenega stanja pošilja na specialistični radiološki pregled z magnetno resonanco ali t. i. MR. S tem pregledom s pomočjo močnega magnetnega polja in radiofrekvenčnimi pulzi pridobimo slike različnih obtežitev, ki jih potem interpretira zdravnik radiolog. Med samim pregledom vam bomo po potrebi v telo injicirali kontrastno sredstvo, ki pripomore k boljši in zanesljivejši oceni ožilja in organov. Več o kontrastu v nadaljevanju. Za uspešno izvedbo pregleda vas prosimo da pazljivo preberete navodila in podpišete soglasje za preiskavo.

KAJ JE MAGNETNA REZONANCA?

MR pregled je neboleč diagnostični postopek, ki omogoča vpogled v notranjost človeškega telesa. Za izdelavo slike se ne uporabljajo rentgenski žarki, ampak močno magnetno polje. Pregled z magnetno resonanco je zelo natančna in zanesljiva ter neboleča slikovna metoda.

PRIPRAVA PREISKOVANCA NA PREISKAVO

Preiskovanec naj s seboj prinese zdravstveno izkaznico, zdravstveno dokumentacijo in slike, ki se nanašajo na trenutni zdravstveni problem. 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. Pred pregledom vas bo sprejel radiološki inženir, ki bo opravil preiskavo in preveril dokumentacijo in vprašalnik.

Prosimo, da iz preiskovanega dela telesa odstranite nakit in morebitne druge vsadke. Vse ženske v rodni dobi, pri katerih obstaja verjetnost nosečnosti in doječe matere, morajo na svoje stanje nujno opozoriti radiološkega inženirja.

IZVEDBA PREISKAVE

Po sprejemu v naši kliniki bomo najprej uredili dokumente in morebiten slikovni material, ki ste ga prinesli. Sprejel vas bo radiološki inženir, ki bo pregled tudi opravil. Pred pregledom vas bomo naprosili, da odstranite ves nakit, očala, ure, lasne pripomočke, slušne aparate ... Slečete se do spodnjega perila, oblečete v posebno haljo, saj lahko že najmanjši delci na oblačilih motijo preiskavo. Če imate morebiti strah pred zaprtimi prostori (t. i. klavstrofobija), nas prosim o tem vnaprej obvestite. Zdravil proti bolečinam ali za pomiritev vam ne moremo zagotoviti, zato za ustrezno medikacijo poskrbite sami. Med pregledom vas namreč zapeljemo v sredino aparata,



kar lahko pri posamezniku vzbudi občutke utesnenosti, sicer je naš aparat širšega premera od klasičnih. Čas preiskave je odvisen od vrste pregleda, ki ga opravljamo. Traja lahko od 15 minut do 1 ure. Aparat med delovanjem proizvaja zelo glasne zvoke (tudi preko 100 dB), zato vam za zaščito sluha namestimo slušalke. Preko slušalk vam lahko po želji predvajamo glasbo, s pomočjo očal pa sliko.

Ko začnemo s slikanjem je izredno pomembno, da ostanete sproščeni in pri miru. Včasih se preiskovalna miza med slikanjem premakne. Vsako premikanje nam lahko pokvari sliko in tako zelo oteži delo zdravniku radiologu, ki bo vaše slike interpretiral. Med samim pregledom smo v nenehnem kontaktu z vami, vas nadzorujemo in vam preko zvočnika lahko dajemo dodatna pojasnila ali navodila. Pri nekaterih pregledih je potrebno sodelovanje, v smislu navodil glede zajemanja in zadrževanja sapa. Zelo pomembno je tudi, da med ležanjem na mizi ne prekrižate nog ali rok, ker lahko s tem povzročite pregrevanje telesa.

INFORMACIJE O MR PREISKAVAH S KONTRASTNIM SREDSTVOM

Včasih je potrebno za razjasnitev diagnoze v žilo vbrizgati kontrastno sredstvo. Slikanje s kontrastnim sredstvom je sestavni del diagnostične preiskave. Kontrastno sredstvo nam poda podatke o različnih patoloških procesih, tako da lahko lažje sestavimo celotno sliko vaših težav. V primeru slikanja s kontrastom, vam na roko nastavimo (hrbtišče dlani ali komolec) vensko kanilo, preko katere vam vbrizgamo kontrast. Včasih kontrast vbrizgamo z avtomatskim injektorjem (pregled ožilja, srca, dojke ...) včasih pa ročno z injekcijo.

Kontrastno sredstvo za človeka ne predstavlja velikega tveganja. Več znanstvenih raziskav kaže, da več kot 99 % pacientov, ki so prejeli kontrast, ne razvije kakšnih stranskih učinkov. Vseeno pa ostaja zelo majhna verjetnost, da pride do alergijske reakcije (alergije na katero izmed učinkovin), v tem primeru pa je potrebna takojšnja zdravniška pomoč. Stranski učinki ob prejemu kontrasta so lahko manjša slabost, kašelj, srbečica, občutek toplote, modrica na mestu vboda. Resnejši zapleti pa lahko povzročijo oteženo dihanje, aritmijo, nizek krvni pritisk. Do sedaj je bilo zabeleženih zelo malo teh primerov.

Pacienti, ki bolehamo za hudo astmo, imajo več alergij ali znano alergijo na kontrastno sredstvo, naj o tem vnaprej obvestijo medicinsko osebje. Pacienti, ki imajo zelo slabo delovanje ledvic, pa pred pregledom potrebujejo svež izvid sečnine in kreatinina.

Po prejemu kontrastnega sredstva boste pri nas počakali še 30 minut, da se prepričamo, da je z vami vse v redu. Tako je tveganje ob pregledu nizko, glede na korist, ki jo pacient ob kvalitetno izvedeni preiskavi dobi.



INFORMACIJE ZA ŽENSKE

Pregled z magnetno resonanco se odsvetuje nosečnicam (vsaj prvih 12 tednov nosečnosti). Ženske, ki dojijo, lahko po pregledu normalno hranijo otroke (razen v primeru pregleda s kontrastom). V tem primeru se dojenje odsvetuje naslednjih 24 ur. Kontraceptiv Mirena je za pregled varen.

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 Z MAGNETNO REZONANCO (MR)

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 z magnetno resonanco:

2. Ali imate vgrajen spodbujevalnik srca? DA NE

3. Ali ste že imeli operacijo glave, ožilja srca ali sklepov? DA NE

- Ob odgovoru DA, prosimo označite, ali imate v telo vstavljen defibrilator, slušni aparat, umetno zaklopko, sponko na aneurizmi, inzulinsko črpalko, stent oz. drugo:

- Leto operacije in material: _____

4. Ali imate v telesu kakšne opilke ali druge kovinske tujke? DA NE

- V primeru odgovora DA – navedite katere: _____

5. Ali ste kdaj že imeli pregled z magnetno resonanco? DA NE

- V primeru DA, ali so bile kakšne posebnosti? _____

6. Ali imate strah pred zaprtimi prostori (klavstrofobijo)? DA NE

7. Ali imate bolezen ledvic oz. ste imeli operacijo ledvic? DA NE

8. Ali imate astmo ali kakšne alergije? DA NE

- V primeru DA – navedite:

- Alergije na jod so pri tem pregledu nepomembne.

9. Ali ste tetovirani ali imate t. i. piercing (uhane in drug nakit)? DA NE

10. Ali obstaja možnost, da ste noseči? DA NE

Vaša telesna teža: _____

Potrujem, 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 ZZS 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