

PRIVOLITEV V PREISKAVO Z MAGNETNO REZONANCO

Magnetna resonanca je slikovna preiskava, ki ne temelji na uporabi virov ionizirajočega sevanja (rentgenski žarki) ali radioaktivnih snovi, ampak izkorišča lastnosti magnetnega polja in elektromagnetnega valovanja s frekvencami v območju televizijskih frekvenc. Preiskava je zato, glede na trenutne raziskave, varna.

Preiskava ni boleča in ni nadležna, predvidoma traja 30 minut. Da ne bi prišlo do motenj preiskave ali neželenih učinkov, Vas vljudno prosimo, da natančno preberete sledečo obrazložitev in da odgovorite na vprašanja na naslednji strani.

Podpis dokumenta velja kot privolitev v preiskavo.

Med preiskavo boste slišali brnenje, ki je posledica delovanja aparata. Katero koli premikanje telesa negativno vpliva na kvaliteto in zanesljivost preiskave, zato Vas prosimo, da med preiskavo mirujete oziroma se čim manj gibljete.

Preiskavo lahko prekinemo kadar koli brez posledic.

Preiskavo z magnetno resonanco iz varnostnih razlogov ne izvajamo pri preiskovancih, ki imajo:

- Srčni spodbujevalnik
- Kovinske sponke na žilju ali v očesu
- Insulinske črpalke ali črpalke z drugimi zdravili
- Nevrostimulatorje
- Kovinske izbruske ali kovinske delce v očesu ali v bližini žil

Pri sledečih skupinah preiskovancev, bomo individualno odločali ali bodo lahko opravili preiskavo:

- Preiskovanci, ki imajo ortopedske kovinske vsadke
- Preiskovanci, ki imajo kovinske izbruske ali kovinske delce, ki niso v očesu ali v bližini žil
- Preiskovanci, ki so v preteklosti prestali kirurški poseg
- Nosečnice

Priporočamo, da preiskovanec na dan preiskave prinese s seboj dokumentacijo o preteklih izvidih, posegih in pregledih, ne glede na ustanovo, v kateri so bili izvedeni.

Za katero koli dodatno vprašanje se lahko obrnete na zdravstveno osebje inštituta.

Ženske naj pridejo na preiskavo nenaličene.

VPRAŠALNIK ZA PREISKOVANCE

Podpisani/a _____, rojen/a dne ____ / ____ / ____

Sem prebral/a in razumel/a obrazložitev preiskave in zagotavljam pravilnost naslednjih podatkov.

1. TEŽA: _____ kg

- | | | |
|--|----|----|
| 2. ALI STE NOSEČI? | DA | NE |
| 3. ALI STE KLAVSTROFOBIČNI? | DA | NE |
| 4. ALI STE ŽE KDAJ PRESTALI KIRURŠKI POSEG | | |
| - GLAVE ALI VRATU | DA | NE |
| - PRSNEGA KOŠA | | DA |
| NE | | |
| - TREBUHA | | DA |
| NE | | |
| Kje? _____ | | |
| - OKONČIN | | DA |
| NE | | |
| Kje? _____ | | |
| - DRUGO | DA | NE |
| Kje? _____ | | |
| 5. ALI IMATE | | |
| - SRČNI SPODBUJEVALNIK, UMETNE SRČNE ZAKLOPKE ALI ŽILNE OPORNICE? | DA | NE |
| - ŽILNE ALI MOŽGANSKE KOVINSKE SPONKE? | DA | NE |
| - PROTEZE (steznike) HRBTENICE? | DA | NE |
| - INSULINSKO ČRPALKO ALI ČRPALKO Z DRUGIMI ZDRAVILI? | | DA |
| NE | | |
| - KOVINSKE VSADKE ALI DRUGE SLUŠNE | | |
| - PRIPOMOČKE V UŠESU? | DA | NE |
| - NEVROSTIMULATORJE, ELEKTRODE V MOŽGANIH ALI V SUBDURALNEM PROSTORU? | DA | NE |
| - SPINALNE ALI VENTRIKULARNE KATETRE ZARADI HIDROCEFALUSA? | DA | NE |
| - KOVINSKE PROTEZE, VIJAKE, ŽEBLJE ALI ŽIČE (po travmatoloških ali ortopedskih posegih)? | DA | NE |
| Kje? _____ | | |
| - STALNE ALI SNEMNE ZOBNE PROTEZE? | DA | NE |
| - UMETNE LEČE? | | DA |
| NE | | |
| - KOVINSKE IZBRUSKE ALI DELCE V TELESU? | DA | NE |
| - IUD (maternični vložek)? | | DA |
| NE | | |

Potrjujem, da sem odgovoril/a na vsa zastavljena vprašanja, da sem obrazec v celoti prebral/a, da razumem vsebino, da sem ustno dobil/a dodatna pojasnila, če sem jih želel/a, in pristajam na predlagano preiskavo.

Datum: _____

Podpis preiskovanca: _____

Podpis odgovornega zdravnika: _____