



Poštovani!

_____, rođen/a _____ godine.

Naručeni ste na pregled magnetnom rezonancijom (MR)

Dana _____ u _____ sati.

Kod dolaska na pregled molimo priložite:

1. Propisanu uputnicu od liječnika obiteljske medicine, zdravstvenu iskaznicu. (Ako nemate dopunsko osiguranje participirate s 20% u cijeni pregleda.)
2. Kompletnu medicinsku dokumentaciju (**fotokopije nalaza dosadašnjih pregleda, nalaza specijalista, otpusna pisma**)
3. _____

Ako iz bilo kojeg razloga odustanete od dogovorenog pregleda molimo da nas obavijestite na telefon (01) 3787 143. Dan prije pregleda poželjno je telefonski provjeriti da li je uređaj ispravan. Ukoliko pregled želite odgoditi pri dogovoru novog termina nemate prednost pred ostalim pacijentima.

Molim Vas pročitajte sljedeće obavijesti o MR pregledu, potom ispunite upitnik te potpisom potvrdite pristanak na pregled. Popunjeni upitnik i potpisani pismeni pristanak je nužan te molimo da ga ponesete s ostalom dokumentacijom na pregled. Pregled bez popunjenog upitnika i pismenog pristanka nećemo učiniti!

Pregled magnetnom rezonancijom je bezbolan i bez popratnih tegoba. Nisu poznati niti kasni štetni učinci pregleda magnetnom rezonancijom, ipak ne preporuča se pregled učiniti u prva tri mjeseca trudnoće ukoliko nije nužno.

Neka metalna strana tijela (proteze, implantati, geleri itd.) u organizmu mogu uzrokovati pretragu magnetnom rezonancijom nekvalitetnom ili se pomaknuti tijekom pregleda, stoga ponekad pregled nije moguće učiniti. **Obavezni ste upozoriti medicinsko osoblje prije pretrage magnetnom rezonancijom na sve prethodne operativne zahvate i mogućnosti da u tijelu imate metalno strano tijelo.** Noviji ugradbeni kirurški materijali često nisu prepreka za pregled, no u tom slučaju potrebno je imati pismenu potvrdu nadležnog liječnika – operatera.

U Vašem je interesu da prije pregleda priložite svu medicinsku dokumentaciju, što uključuje sve nalaze i snimke prethodnih pretraga rentgenom (RTG), ultrazvukom (UZV), kompjutoriziranom tomografijom (CT) i magnetnom rezonancijom (MR). Ovi nalazi će Vam biti vraćeni ili nakon pregleda ili zajedno s nalazom učinjenog pregleda.

Posebne pripreme za pregled magnetnom rezonancijom nisu potrebne. Ako ste naručeni za pregled trbuha ili zdjelice molimo nemojte jesti i piti tri sata prije pregleda. Ako ste naručeni na pregled zdjelice molimo nemojte mokriti jedan sat prije pregleda.

U čekaonici Vas molimo za strpljenje, vrijeme u koje ste naručeni možda nije vrijeme kada će pregled biti učinjen. Prednost imaju hitni i bolnički pacijenti te se dogovoreni termini ne mogu uvijek ostvariti.

Prije pregleda ćete skinuti odjeću i ukloniti sve metalne predmete i predmete koji se mogu oštetiti magnetnim poljem (proteze, nakit, picering, ključeve, naočale, sat, mobitel, kreditne kartice).

Prije pregleda zdjelice primit ćete injekciju za smirivanje pokreta crijeva.

Za vrijeme pregleda ležat ćete na stolu unutar uređaja. Ako ste klaustrofobični (bojite se zatvorenog prostora) biti će potrebna dodatna priprema, a možda se pregled neće moći učiniti.

Pregled traje od pola do jednoga sata i podjeljen je u više snimanja za vrijeme kojih ćete čuti buku uređaja. Izuzetno je važno da tijekom pregleda budete opušteni i mirni, svaki pokret za vrijeme pregleda značajno kvari njegovu kvalitetu. Za vrijeme pregleda prsnog koša i trbuha morat ćete prema uputi osoblja u više navrata zadržati dah do 25 sekundi.

Tijekom pregleda može biti potrebno ubrizgavanje kontrastnog sredstva u venu. Upotreba intravenoznog kontrastnog sredstva znatno olakšava postavljanje dijagnoze, a nuspojave su vrlo rijetke. Ukoliko imate jače oštećenje bubrega kontrastno sredstvo se možda ne smije upotrijebiti. Za vrijeme pregleda biti ćete pod stalnim nadzorom našeg osoblja i ako je potrebno možete s njima komunicirati.

Nalaz pregleda možete podići na našem šalteru tjedan dana nakon učinjenog pregleda.

Za sve dodatne obavijesti molimo obratite se našem osoblju. Ukoliko je u našoj mogućnosti, rado ćemo Vam pomoći.

UPITNIK

Molimo Vas da zbog kvalitete pretrage i Vaše sigurnosti pažljivo pročitate i odgovorite na sljedeća pitanja:

Jeste li ikada bili operirani? DA NE

Vrsta i datum operacije _____

Imate li:

stimulator srca (pace maker)? DA NE

umjetni srčani zalistak? DA NE

slušni aparat (ugrađeni ili vanjski)? DA NE

protezu krvne žile (stent) na srcu ili drugdje? DA NE

bilo koju drugu protezu? DA NE

(očnu, zubnu, žučnih ili mokraćnih kanala, zglobova, itd.)? DA NE

kirurški ugrađene pločice, vijke, žice ili klipse? DA NE

komade metala u tijelu zaostale nakon ranjavanja? DA NE

povišen očni tlak (glaukom)? DA NE

povećanu prostatu? DA NE

bolest bubrega ili ste podvrgnuti dijalizi? DA NE

strah od zatvorenog prostora (klaustrofobiju)? DA NE

Jeste li:

predviđeni za presađivanje ili imate presađenu jetru? DA NE

alergični, jeste li imali reakciju na kontrastno sredstvo

pri prethodnom pregledu magnetnom rezonancijom? DA NE

Jeste li trudni? DA NE

PRISTANAK

Sukladno članku 26 Zakona o zdravstvenoj zaštiti upoznat-a sam na meni razumljiv način s potrebom za pregled magnetskom rezonancijom, mogućim komplikacijama i popratnim pojavama te na pregled pristajem vlastoručnim potpisom.

(Za maloljetne osobe ili osobe pod skrbi potpisuje roditelj ili skrbnik.)

Potpisom pristajete i na moguću anonimnu upotrebu rezultata pregleda u znanstvene, stručne i obrazovne svrhe.

Datum _____

Potpis _____