

## Informacja dla pacjenta Tomografia rezonansu magnetycznego (MR, MRI, MRT)

Szanowna Pacjentko!  
Szanowny Pacjencie!

Opiekujący się Tobą lekarz skierował Cię na badanie tomografii rezonansu magnetycznego (MR, MRI, MRT). Przed przystąpieniem do badania prosimy uważnie przeczytać poniższe informacje i wypełnić załączoną ankietę.

### Co to jest tomografia rezonansu magnetycznego?

Tomografia rezonansu magnetycznego wchodzi od dawna w skład medycznej diagnostyki. Za pomocą fal radiowych w silnym polu magnetycznym wytwarzane są obrazy wnętrza organizmu. Nie stosuje się do tego celu promieniowania rentgenowskiego.

### Jak przebiega badanie?



Badanie odbywa się w pozycji leżącej, tak wygodnej jak tylko jest to możliwe. W zależności od badanej części organizmu na Twoim ciele lub wokół Twojego stawu umieszcza się wzmacniacze sygnału (tak zwane cewki). Następnie zostaniesz wsunięty/a powoli do urządzenia w kształcie pierścienia tak, aby **badana część organizmu znalazła się na środku pola magnetycznego**. Czas trwania badania wynosi w zależności od rodzaju badania od pół do całej godziny. Prosimy nie zwracać uwagi na różne odgłosy stukania, są one oznaką normalnego działania urządzenia. Ważne jest, aby podczas badania leżeć spokojnie i w odprężeniu, ponieważ każdy ruch podczas pomiaru powoduje zakłócenia w obrazie. W przerwach od pomiaru można porozumiewać się poprzez wewnętrzne urządzenie telefoniczne. Ponadto otrzymasz dzwonek. W celu poprawy kontrastu obrazu

może okazać się konieczne wstrzyknięcie środka kontrastowego do stawu przed badaniem lub do żyły ramiennej podczas badania. Wspecjalizowany personel medyczny będzie na bieżąco informować Cię o poszczególnych krokach badania, chętnie udzielimy informacji w przypadku pytań.

### Co się stanie po zakończeniu badania MR?

Po badaniu można normalnie wykonywać swoje zwykłe czynności.

Dokumentacja badania przekazana zostanie bezpośrednio lekarzowi, który dał Ci skierowanie. Powiadomi Cię o o wynikach podczas następnej wizyty.

Aby badanie przebiegło bez zagrożeń, należy podjąć pojedyncze środki ostrożności. Prosimy zatem udzielić odpowiedzi na poniższe pytania i potwierdzić prawdziwość odpowiedzi swoim podpisem.

**Nazwisko:** ..... **Imię:** .....  
**Data urodzenia:** ..... **Waga:** ..... kg **Wzrost** ..... cm

| <b>Czy nosisz w lub na swoim ciele jeden z poniższych przedmiotów?</b>                     | <b>Tak</b>               | <b>Nie</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Rozrusznik serca / defibrylator  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurostymulator  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pompa lekowa (pompa insulinowa)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeśli tak, to gdzie?: .....  |                          |                          |
| Aparat słuchowy  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implant ślimakowy (proteza słuchowa)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aparat ortodontyczny / wyjmowana proteza zębowa  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piercingi  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tatuaże / permanentny makijaż  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeśli tak, to od kiedy: .....  |                          |                          |
| Medyczne plastry (np. nikotynowe, nitroderm, przeciwbólowe itd.)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <br><b>Czy byłeś/aś już operowany/a w badanym obszarze?</b>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeśli tak, to co: .....  |                          |                          |
| kiedy: .....   |                          |                          |
| <br><b>Miałeś/aś już operację serca?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (np. sztuczne zastawki serca, rozrusznik serca, stenty)                                    |                          |                          |
| Jeśli tak, to co: .....  |                          |                          |
| kiedy: .....   |                          |                          |
| szpital: .....   |                          |                          |
| <br><b>Miałeś/aś już operację głowy?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (np. protezy naczyń/stenty, klemy naczyniowe, spirale platynowe /cewki)                    |                          |                          |
| Jeśli tak, to co: .....  |                          |                          |
| kiedy: .....   |                          |                          |
| szpital: .....   |                          |                          |
| <br><b>Czy w Twoim organizmie znajdują się inne implanty, protezy lub części z metalu?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeśli tak, to co: ..... gdzie: ..... od kiedy: .....                                       |                          |                          |
| Jeśli tak, to co: ..... gdzie: ..... od kiedy: .....                                       |                          |                          |
| Jeśli tak, to co: ..... gdzie: ..... od kiedy: .....                                       |                          |                          |
| <br><b>Czy masz w oczach lub w Twoim organizmie odłamki metalu lub granatu?</b>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeśli tak, to co: .....  |                          |                          |
| Od kiedy: .....  |                          |                          |

**Pytania medyczne**

Cierpisz na zaburzenia funkcji nerek?

**Tak****Nie**

Cierpisz na alergię?

Jeśli tak, to na jakie: .....

Czy niektóre leki wywołują u Ciebie skutki uboczne?

Jeśli tak, to na jakie: .....

Zażywasz lekarstwa rozcieńczające krew?

**Dla kobiet w płodnym wieku**

Nosisz spiralę?

Jeśli tak, to jaką:  miedzianą hormonalną (mirena) inną .....

Z wyjątkiem spirali hormonalnej (mirena) należy zbadać ginekologicznie położenie spirali po badaniu MR (gwarancja zapobiegania ciąży).

Czy jest możliwe, że jesteś w ciąży?

Jesteś w trakcie karmienia piersią?

**WAŻNE !!! Przed wejściem do pomieszczenia MR należy zostawić następujące przedmioty:**

**zegarki, biżuterię, karty kredytowe, aparat słuchowy, telefony komórkowe, piercingi, przedmioty metalowe** (klucze, scyzoryki, zapalniczki, monety, **spinki do włosów**)

Jeżeli podano Ci środki uspokajające (Dormicum, Temesta), prosimy przestrzegać po ich zażyciu **przez przynajmniej 8 godzin** następujących punktów:

- nie prowadzić samochodu i nie obsługiwać maszyn
- nie podpisywać żadnych ważnych dokumentów (umów itd.)
- zatroszczyć się o osobę towarzyszącą na drogę powrotną (także w przypadku powrotu publicznymi środkami transportu)

**Przyjmuję do wiadomości, że moje obrazy ocenione zostaną w razie potrzeby konsyliarnie.**

Kiedy masz następną wizytę u lekarza? .....

Zrozumiałem/am pytania i udzieliłem/am prawidłowych odpowiedzi.

Data: ..... Podpis: .....

**Wypełnia wyspecjalizowany personel:**

Kreatinin: ..... Clearence: ..... Visum MTRA: .....