

Vorm

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЛИСТ ПО МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ) / СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Для более точного исследования состояния вашего здоровья необходимо пройти магнитно-резонансную томографию (МРТ), которая проводится на втором этаже Пярнуской больницы, в кабинете E245.

В ходе МРТ изображение человеческого тела получают с помощью сильного магнитного поля. Во время исследования не используется рентгеновского излучения. Поскольку при МРТ используется сильное магнитное поле, в помещение, где проводится исследование, нельзя приносить металлические предметы и механические приборы.

Перед исследованием

- Наденьте легкую и удобную одежду, которую легко снимать и надевать. На одежде не должно быть металлических кнопок, замков или крючков. При необходимости на время исследования вам выдадут специальную одежду.
- Все украшения, часы, заколки или резинки для волос, которые содержат металл, следует снять (по возможности оставьте их дома). Также следует снять зубные протезы.
- В помещение, где проводится исследование, нельзя брать с собой кошелек, карточки с магнитной полосой, ножи, ножницы, мобильные телефоны, металлические деньги и пр.
- В день проведения исследования не пользуйтесь лаком для волос и косметикой, поскольку они могут содержать металлы.
- Вы можете продолжать повседневный прием лекарств. Также нет никаких диетических ограничений.

Во время исследования

В ходе исследования вы будете неподвижно лежать на специальном столе для исследования в течение 15–60 минут, в зависимости от медицинской проблемы. Расположиться в удобной позе вам помогут поддерживающие приспособления. После этого стол для исследования задвигается в центр аппарата МРТ. Внутри аппарат похож на большой освещенный и открытый с обоих концов туннель диаметром ~70 см. Исследование состоит из множества единичных измерений, которым сопутствуют хлопающие и колотящие звуки, которые длятся от нескольких секунд до 12 минут. Чтобы приглушить издаваемый аппаратом сильный шум, используют беруши и/или наушники. На протяжении всего исследования у вас будет связь с радиотехником, которая позволит подавать ему сигналы и разговаривать с ним. Когда исследование будет завершено, вы сможете уйти. Радиолог оценит снимки и вышлет результат вашему лечащему врачу.

Многие заболевания становятся видны при МРТ после внутривенного введения контрастного вещества. Если ваше исследование требует введения контрастного вещества, перед исследованием или в ходе исследования радиологический техник установит вам венозный катетер, через который будут вводить контрастное вещество. Используемые контрастные вещества обычно хорошо переносятся и не содержат йода. Осложнения возникают редко (от 1/100 до <1/10) и, как правило, они не серьезнее головной боли. Время от времени (от 1/1000 до <1/100) возникают аллергические реакции, сверхчувствительность, головокружение, парестезии, временные нарушения вкусовых ощущений, жар, рвота, диарея, зуд. Редко (от 1/10000 до <1/10000) возникают тревожность, судороги, тремор, сонливость, временные нарушения обоняния, нарушения зрения, диспноэ, кашель, сыпь, крапивница, отеки (в том числе, отек лица и ангионевротический отек), артралгия, острая почечная недостаточность, боль в грудной клетке, повышение температуры тела, озноб. Очень редко возможна анафилактическая/анафилактоидная реакция, которая может закончиться смертью.

После исследования

После внутривенного введения контрастного вещества рекомендуется в тот же и следующий день пить безалкогольные жидкости (1,5–2 литра), чтобы быстрее вывести контрастное вещество из организма.

Vorm

Если вы страдаете хроническими заболеваниями, то до введения контрастного вещества следует сообщить о них как своему лечащему врачу, так и проводящему процедуру МРТ радиологическому технику.

Заверение пациента

Подтверждаю своей подписью, что я прочитал(а) данный информационный лист и полностью понял(а) его содержание. Подтверждаю, что меня проинформировали о сущности и возможных опасностях процедуры МРТ. Исходя из вышеприведенного, я:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Согласен(на) с оказанием медицинской услуги и введением контрастного вещества. | <input type="checkbox"/> Отказываюсь от вышеуказанной медицинской услуги, будучи осведомленным(ой) о возможных последствиях отказа от нее. |
|---|--|

(Чтобы сделать выбор, поставьте в соответствующей графе **X**).

Имя и фамилия пациента (представителя пациента):

Дата: Подпись:

Я разъяснил(а) вышеуказанному лицу порядок проведения процедуры МРТ и связанную с ней информацию, приведенную в информационном листе.

Имя и фамилия: Дата:

Должность: Подпись:

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПЕРЕД ПРОЦЕДУРОЙ МРТ

Наклейка с именем и фамилией пациента	_____ масса тела
---------------------------------------	---------------------

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, имеются ли у вас или используете ли вы:

АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕТ
Кардиостимулятор		
Имплантированный нейростимулятор		
Имплантированный лекарственный насос		

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕТ
Слуховой имплантат		
Клипса аневризмы аорты		
Клипса аорты		
Суставной протез		
Металлические спицы, пластины, винты в костях		
Несъемные зубные протезы (металлические зубы, мосты, штифтовые зубы)		
Огнестрельные ранения (пулевые, осколочные)		
Рабочий металлургической промышленности		
Металлические украшения для тела (пирсинг)		
Татуировка		
Возможная беременность		
Аллергия на лекарства и на другие вещества		
Страдаете ли вы хроническими заболеваниями (например, бронхиальной астмой, нарушениями сердечного ритма, судорогами, почечными заболеваниями и др.)?		