

דף מידע לגבי בדיקת תהודה מגנטית - MRI

בדיקת התהודה המגנטית אותה את/ה עומד/ת לעבור, תבוצע על ידי מכשיר חדיש מסוגו אשר סורק את גוףך תוך כדי הפעלת שדה מגנטי חזק. נכון להיום לא ידועות תופעות לוואי הנגרמות לבני אדם על ידי מכשיר מסוג זה. עם זאת, המגנט עלול להפריע לתפקודם התקין של קוצבי לב ועלול להזיז פיסות מתכת אשר עשויות ממתכות מסוימות. לכן אנו מבקשים, בכל לשון של בקשה, שתקרא/י בעיון את השאלון המצורף ותענה/י בתשומת לב על כל השאלות המצוינות.

השדה המגנטי החזק עלול להשפיע גם על כרטיסים מגנטיים לסוגיהם, על מכשירים אלקטרוניים, וכן על כל גוף מתכת מתמגנטת הנמצא בתוך או מחוץ לגוף לכן בטרם הכניסה לחדר הבדיקה יש להסיר תכשיטים, שעונים, מטבעות, כרטיסי אשראי או כל כרטיס מגנטי אחר, יומנים אלקטרוניים, ביפרים, טלפונים סלולריים, שיניים תותבות הניתנות להסרה וכל חפץ מתכתי או מגנטי אחר כלשהו. ניתן למסור את החפצים למלווים או להפקידם בתאים מחוץ לאזור המושפע מן המגנט.

במהלך הבדיקה הנבדק/ת נמצא בתא במרכז מכשיר ה-MRI. למרות שהתא נראה צר וצמוד, החלל הינו פתוח בשני הקצוות והרנטגנאי המבצע את הבדיקה נמצא בקשר צמוד עם הנבדק/ת דרך מערכת תקשורת, כך שהוא מסוגל לדבר עם הנבדק/ת דרך מקרופון ומסוגל לשמוע את הנבדק/ת גם בדיבור בטון רגיל כך שאין צורך לצעוק. במהלך הבדיקה נשמעים בתוך המכשיר קולות של דפיקות ונקישות - זהו צליל הפעולה התקינה של המכשיר. עוצמת הקולות עשויה להיות גבוהה ומסיבה זו ניתנים אטמי אזניים או אוזניות אשר ינמיכו את עוצמת הרעש. בתוך החלל אין כל תנועה של חלקי המכשיר ושום דבר לא נופל על הנבדק/ת או פוגע בו. הנבדק/ת לא אמורה להרגיש כל כאב בזמן הבדיקה.

לעיתים יש צורך להזריק חומר ניגוד (המבוסס על מתכת ואינו מכיל יוד, כל שאנשים הרגישים ליווד יכולים בדרל כלל לקבלו ללא בעיה), במקרה כזה ניידע את הנבדק לגבי הצורך בהזרקה ונוודא כי לא קיימת בעיה לקבלו.

כמו בכל צילום, באם הנבדק/ת ז/ה התמונות יוצאות מטושטשות ואיכותן נפגעת. לכן מאוד חשוב שהנבדק/ת ישכב בשקט מוחלט וללא כל תזוזה תוך נשימה רגילה כל זמן ביצוע הבדיקה.

אנו מקווים כי הבדיקה תעבור עליך בנוחיות המירבית ונשמח לענות על כל שאלה שהתעוררה.

כעת, אנא ענה/י על השאלון המצורף, שאל/י את השאלות שהתעוררו אצלך וחתום/י על ההסכמה לביצוע הבדיקה.

חתימה: _____

שאלון לפני ביצוע בדיקת תהודה מגנטית – MRI

אנא ענה/י בתשומת לב על כל השאלות הבאות – באם השאלות או מונחים אינם ברורים, נשמח להבהירם
שם פרטי ומשפחה _____ ת.ז. _____

First and last name _____

טלפון _____ טלפון נייד _____
תאריך לידה _____ / _____ / _____ מין _____ גובה _____ משקל _____
האם את/ה ימנית/אם שמאלית/ת? _____ האם את/ה נוטל תרופות? _____

לא	כן	
		1. האם עברת בדיקת MRI בעבר? באם כן מתי? _____ לאיזה חלק של הגוף?
		2. האם יש או היה לך בעבר קוצב לב? שים לב! אנשים עם קוצב לב אינם יכולים בשום אופן לבצע בדיקת תהודה מגנטית!
		3. האם יש לך מסתם לב מלאכותי?
		4. האם נמצאות סיכות מתכתיות בתוך ראשך (האם עברת ניתוח מוח, ניתוח נוירוכירורגי או השתלת אוזן פנימית)?
		5. האם הושתל בגופך מפרק מלאכותי? (ירך, ברך וכד')
		6. האם יש לך איבר תותב (גפה, מכשיר שמיעה) שאינו ניתן להסרה?
		7. האם עברת פעולה בה הושאר בכלי הדם שלך (בלב או בשאר הגוף) מרחיבים (סטנטים), פילטרים, סלילים או צינורות אחרים? באם כן, מתי?
		8. האם עבדת בעבודות ריתוך או עבודה אחרת בה היית חשוף/ה לרסיסי מתכת?
		9. האם עברת בעבר הוצאת רסיס או גוף מתכת מהעין?
		10. האם סבלת פגיעה/פציעה (מלחמה או ירייה או תאונה) כתוצאה ממנה היית חשוף/ה לרסיסי מתכת?
		11. למיטב ידיעתך, האם יש מתכת על או בתוך גופך?
		12. האם יש לך פירסינג או קעקוע על גופך? האם יש לך איפור קבוע? האם הנך מרכיב עדשות מגע צבעוניות?
		13. האם יש עליך מדבקות רפואיות/מדבקות ניקוטין/מדבקות אמצעי מניעה?
		14. האם הושתל בגופך מכשיר לגירוי עצבי (נוירוסטימולטור), משאבת אינסולין או כל משאבה אחרת?
		15. האם יש לך שיניים תותבות, כתר עשוי מתכת או השתלת שיניים?
		16. האם עברת ניתוחים בעבר? אם כן, אילו _____ ומתי?
		17. האם את/ה סובלת מאפילפסיה?
		18. האם יש לך מחלת כליות הפוגעת בתפקוד הכלייתי וגורמת לאי ספיקת כליות? באם כן, האם ידועים ערכי הקריאטינין או BUN אחרונים?
		19. האם את/ה סובלת מקלאוסטרופוביה (פחד ממקומות סגורים)?
		20. האם יש לך פיאה נוכרית או תוספת שיער מלאכותית?
		21. <u>לנשים בלבד</u> - האם יתכן שאת בהריון? _____ שבוע הריון _____ שימי לב! באם הינך מניקה ובצעת בדיקה בתהודה מגנטית עם הזרקת חומר ניגוד - מומלצת הפסקת הנקה למשך 48 שעות לאחר הבדיקה! האם יש לך התקן תוך רחמי? _____ האם כן, מאיזה סוג?

חתימה _____

תאריך _____ / _____ / _____

חתימת החוקר _____

שם החוקר _____

תאריך _____ / _____ / _____