

דף מידע והנחיות בנושא :

בדיקת תהודה מגנטית MRI בטן

- מטופל/ת נכבד/ת שלום !
הבדיקה אותה את/ה עומד/ת לעבור , תבוצע על ידי מכשיר חדיש מסוגו . אשר סורק את גופך תוך הפעלת שדה מגנטי חזק .

• הנחיות לקראת הבדיקה :

ביום הבדיקה עליך להגיע למכון ה-MRI הממוקם בבניין 3 קומה 2

מחלקת דימות .

ולהפנות למשרד הקבלה במכון לצורך קבלה משרדית .

- 1- יש להגיע עם תעודת זהה
- 2- יש להגיע עם הפניה רפואית לביצוע בדיקת MRI רצוי של רופא מקצועי .
- 3- יש להגיע עם טופס התחייבות
- 4- יש להגיע עם דיסקים של בדיקות קודמות כולל מסמך פענוח/סיכום אשפוז
- 5- יש להגיע לבדיקה ללא כל דבר מתכתי על הגוף , לרבות תכשיטים , מפתחות , כרטיסי אשראי
- 6- בדיקות דם של תפקודי כליות (קריאטינין) עד 3 חודשים האחרונים .
- 7- יש להגיע כ-30 דקות לפני שעת הזימון עם השאלון המצורף .
- שימו לב כי איחור מעל רבע שעה עלול לגרום ביטול התור או המתנה ממושכת .
- 8- בהיותנו בית חולים ציבורי , שהות במכון יכולה להמשך עד 3 שעות עקב מתן קדימות למקרים דחופים רפואית העלולים לדחות באופן בלתי צפוי את מועד הבדיקה

• מהלך הבדיקה

- בדיקת ה-MRI אינה כואבת ונמשכת ברוב המקרים כ 30 דקות או יותר , תלוי בסוג הבדיקה .
במהלך הבדיקה תידרש/י לשכב ללא תנועה, חשוב מאוד לא לזוז כלל.
צריך צום מוחלט ארבע שעות , אפשר מים עד השעה האחרונה .
שכן כל תזונה פוגעת באיכות הבדיקה ויתכן שאף תצריך חזרה על הבדיקה .
למרות שתהיה/שתהיי בחדר הבדיקה לבד , הרנטגנאי/ת רואה שומע/ת אותך כל הבדיקה .
המהלך הבדיקה נשמעים בתוך המכשיר קולות של דפיקות ונקישות . זה צליל הפעולה התקינה של המכשיר . עוצמת הקולות עשויה להיות גבוהה ומסיבה זו נחתנים אטמי אוזניים ואוזניות אשר ינמיכו את עוצמת הרעש . ניתן לשמוע מוסיקה באזניות .

• חשוב

- המגנט עלול להפריע לתפקודם התקין של קוצבי לב ועלול להזיז פיסות מתכת שנמצאות בגופך . לכן אנו מבקשים בכל לשון של בקשה שתקרא בעיון את השאלון המצורף ותענה בתשומת לב על כל השאלות המצוינות .
כמו כן השדה המגנטי החזק עלול להשפיע גם על הכרטיסים מגנטיים לסוגיהם, על מכשירים אלקטרוניים , וכן על כל גוף מתכתי מתמגנט הנמצא בתוך או בחוץ לגופך
בטרם הכניסה לחדר הבדיקה עליך להסיר טלפון נייד , תכשיטים , שעונים, מטבעות, כרטיסי אשראי.....

- **חומר ניגוד**

לעיתים יש צורך להזריק חומר ניגוד המבוסס על מתכת (גדוליניום) ואינו מכיל יוד .
כך שהאנשים הרגישים ליוד יכולים לקבלו ללא בעיה . אנו ניידע אותך לגבי הצורך
בהזרקת חומר ניגוד ונוודא כי לא קיימת בעיה בהזרקתו.
ישנם דיווחים על סיבוך נדיר שקשור בהזרקת חומר ניגוד (גדוליניום) לחולי כליות , חשוב
שתדווח/י לנו על כל מחלת כליות כרונית או חריפה ועל טפול בדיאליזה.
לאחרונה קיימות עדויות לגבי שקיעת גדוליניום ברקמות הגוף , עמדתנו היא כי למרות
עדויות אלה אין ראיות ברורות שיש לכך השפעות בריאותיות שליליות , איך הנושא עדיין
בבדיקה .

עם זאת אנו סבורים כי כאשר יש הצדקה רפואית לביצוע הבדיקה עם חומר ניגוד
התועלת הברורה של חומר ניגוד באיתור רקמות פתולוגיות עולה על הסיכונים הלא
ידועים. חומר ניגוד הנמצא בשימוש במכוננו הינו דוטארם/ציקלולוקס
CYCLOLUX /DTAREM שהינו תרכובת מאקרופילית ניתן לקבל מידע על חומר
באתר האינטרנט של ה-FDA

- בתום הבדיקה יש לגשת למשרד הקבלה לצורך קבלת הדיסק

בברכה רפואה שלמה

צוות מכון MRI

שאלון לביצוע בדיקת תהודה מגנטית MRI

מטופל/ת נכבד/ת אנא ענה/י בתשומת לב על כל השאלות הבאות :

- 1- גיל _____ גובה _____ משקל _____ .
- 2- האם עברת בדיקת MRI בעבר ?
במידה וכן, כתבי/י תאריך _____ באיזו חלק מהגוף _____
כן/לא
- 3- האם יש או היה לך בעבר קוצב לב /דפיברילטור ?
כן/לא
- 4- האם יש לך מסתם לב מלאכותי ? מאיזו סוג ?
כן/לא
- 5- האם בתוך ראשך ישנן סיכות מתכתיות ?
כן/לא
- 6- האם הושתל בגופך מפרק מלאכותי כגון: ירך/ברך
כן/לא
- 7- האם יש לך איבר תותב שאינו ניתן להסרה?
כגון גפה או מכשיר שמיעה ?
כן/לא
- 8- האם עברת פעולה כלשהי בה הושארו בכלי הדם שלך
(בלב או שאר גופך) סטנטים, פילטרים??
כן/לא
- 9- האם עברת בעבר הוצאת רסיס או גוף מתכת מהעיין ?
האם עדיין יש לך גוף מתכתי בעין ?
כן/לא
- 10- האם הושתל בגופך מכשיר לגירוי עצבי (נוירוסטימילטור)
או משאבת אינסולין או כל משאבה אחרת ?
כן/לא
- 11- האם יש לך שיניים הניתנות להסרה ?
האם יש גשר /פס /קייבוע/קוביות קבועים על השיניים ?
כן/לא
- 12- האם יש לך קעקוע/טאטו גדול ? באיזו אזור ומתי??
כן/לא
- 13- האם עברת בעבר ניתוחים ?
פרט _____
כן/לא
- 14- האם אתה סובל מאפילפסיה ?
כן/לא
- 15- האם יש לך מחלת כליות הפוגעת בתפקוד הכלייתי
וגורמת לאי ספיקה כליות?
כן/לא
- 16- האם את/ה סובל/ת מקלאוסטרופוביה(פחד ממקומות סגורים)?
כן/לא
- 17- האם ייתכן כי את בהריון ? באיזו שבוע _____
כן/לא

חתימת הנבדק/ת _____ ת.ז _____ תאריך _____