

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο εξεταζόμενου:

Ημερομηνία Εξέτασης:

Ηλικία: Βάρος: Ύψος:

Η Μαγνητική Τομογραφία είναι μια σύγχρονη απεικονιστική μέθοδος στην οποία οι εικόνες του ανθρώπινου σώματος σχηματίζονται με τη βοήθεια ενός ισχυρού μαγνητικού πεδίου, ραδιοφωνικών κυμάτων και ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή. Στην Μαγνητική Τομογραφία δεν χρησιμοποιείται ιονίζουσα ακτινοβολία και μέχρι τώρα δεν έχουν παρατηρηθεί παρενέργειες ή άλλες βλαπτικές αντιδράσεις από την εφαρμογή της, πλην συγκεκριμένων περιπτώσεων, που αναφέρονται παρακάτω, οπότε και η εξέταση δεν επιτρέπεται.

Ο μέσος όρος διάρκειας μιας εξέτασης είναι 30-40 min. Κατά την εξέταση είναι απαραίτητο να παραμείνετε ακίνητος, ενώ θα ακούγεται ένας θόρυβος ο οποίος είναι φυσιολογικός και αναμενόμενος. Σημειώνεται ότι κατά τη διάρκεια της εξέτασης υπάρχει συνεχής και άμεση επικοινωνία με την κονσόλα χειρισμού, ενώ για την πιο άνετη παραμονή σας στον χώρο του μηχανήματος είναι διαθέσιμα ακουστικά με μουσική της επιλογής σας.

Παρά την ασφάλεια και την απουσία βιολογικών επιδράσεων, υπάρχουν περιπτώσεις που δεν επιτρέπεται ή πρέπει να διενεργηθεί με ιδιαίτερη προσοχή η εξέταση της Μαγνητικής Τομογραφίας, ώστε να μην προκληθούν τεχνητά προβλήματα στην απεικόνιση ή οποιαδήποτε βλάβη στην υγεία σας. Σε περίπτωση συμβατού με τον Μαγνήτη καρδιακού βηματοδότη ή εγκυμοσύνης η εξέταση θα γίνει μόνο μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό σας, κατάλληλη προετοιμασία και υπογεγραμμένη συγκατάθεση από εσάς. Σε περίπτωση μεταλλικού προσθετικού υλικού ή άλλης συσκευής η εξέταση θα γίνει μόνο αν είναι γνωστός ο τύπος του υλικού, η σχετική ιατρική επέμβαση δεν είναι πρόσφατη και επιβεβαιωθεί η συμβατότητά του υλικού με τον Μαγνητικό Τομογράφο από τον υπεύθυνο Ιατρικό Φυσικό της Μονάδας. Η παραμαγνητική ουσία χρησιμοποιείται ενδοφλεβίως σε συγκεκριμένες ενδείξεις και προκαλεί πολύ σπάνια αλλεργικές αντιδράσεις. Στην σπάνια περίπτωση που έχετε ιστορικό αλλεργίας στην παραμαγνητική ουσία ή ιστορικό άλλης σοβαρής προηγούμενης αλλεργικής αντίδρασης, ή σε ιστορικό χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας το πρωτόκολλο της εξέτασης (προετοιμασία, χορήγηση σκιαγραφικού) θα τροποποιηθεί κατάλληλα από τον υπεύθυνο ιατρό Ακτινολόγο.

Παρακαλώ συμπληρώστε ΟΛΑ τα τετράγωνα τα αντίστοιχα των ερωτήσεων που παρατίθενται (η συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου είναι υποχρεωτική για όλους τους ασθενείς πριν την εξέταση της Μαγνητικής Τομογραφίας):

| | | | |
|-----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Καρδιακός βηματοδότης | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 2. | Τεχνητή καρδιακή βαλβίδα | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 3. | Συσκευή έγχυσης φαρμάκων | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 4. | Νευροδιεγέρτης ή άλλο εμφυτευμένο μηχανήμα | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 5. | Χειρουργικά (μεταλλικά) κλιπς ή άλλα προθέματα | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 6. | Κοχλιακό εμφύτευμα | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 7. | Ακουστικά βαρηκοΐας | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 8. | Μεταλλουργική εργασία ή μεταλλικά αντικείμενα στα μάτια | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 9. | Θραύσματα μετάλλων ή σφαίρες στο σώμα | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 10. | Εγκυμοσύνη | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 11. | Διάφραγμα ή ενδομητρικό σπείραμα | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 12. | Μέταλλα σε οστά ή τεχνητές αρθρώσεις | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 13. | Μέικ-απ ή μολύβι στα βλέφαρα | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 14. | Έχετε ιστορικό σοβαρής αλλεργίας ή αλλεργίας στην παραμαγνητική ουσία ? | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 15. | Έχετε ιστορικό χρόνια νεφρικής ανεπάρκειας ? | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

Αναφέρετε προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις:

.....
.....
.....

Ο/Η υπογράφων/ουσα, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των πληροφοριών που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της διαγνωστικής πράξης που συνιστάται από τον παραπέμποντα κλινικό ιατρό, **δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στο προσωπικό της Μονάδας**

Μαγνητικής τομογραφίας:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια Μαγνητικής Τομογραφίας.....
σύμφωνα με το ενδεδειγμένο πρωτόκολλο

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

2. Να χορηγηθεί παραμαγνητική ουσία ενδοφλεβίως, εφόσον κριθεί απαραίτητο.

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

3. Να χορηγηθεί η ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση αλλεργικής αντίδρασης

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Σε περίπτωση που για τις ανάγκες της εξέτασης χρησιμοποιήθηκε ενδοφλεβίως παραμαγνητική ουσία από τα αποθέματα της Μονάδας Μαγνητικής Τομογραφίας υποχρεούμαι να προσκομίσω στην Μονάδα το σκεύασμα που χρησιμοποιήθηκε (και τα στοιχεία του οποίου θα μου δοθούν από το υπεύθυνο προσωπικό) άμεσα και πάντως πριν την έκδοση του αποτελέσματος της εξέτασης.

Υπογραφή Ασθενούς ή Συνοδού* :

*ή άλλου συγγενή που ασκεί την επιμέλεια σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί. Στην περίπτωση αυτή είναι υποχρεωτική και η αναγραφή ονοματεπώνυμου, καθώς και στοιχείων επικοινωνίας (διεύθυνση-τηλέφωνο).

Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή Κλινικού Ιατρού:.....

Σε περίπτωση εσωτερικών ασθενών ή ασθενών των ΤΕΠ που αδυνατούν να υπογράψουν.

Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή Ιατρού Ακτινολόγου:

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ πριν την είσοδο σας στην αίθουσα του μαγνητικού τομογράφου αφαιρέστε τα μεταλλικά σας αντικείμενα κυρίως: Χρυσασφικά, κλειδιά, ρολόι, τηλέφωνο, πιστωτικές κάρτες, νομίσματα, τσιμπιδάκια.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Συναινώ στη χρήση των απεικονίσεων και του σχετικού ιατρικού ιστορικού μου από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου για επιστημονικές μελέτες/ διδακτικούς σκοπούς. Η χρήση των ανωτέρω στοιχείων θα γίνει μετά την ανωνυμοποίησή τους.

Ναι Όχι

ΔΗΛΩΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Δηλώνω ότι τις εικόνες και την γνωμάτευση της εξέτασης θα τα παραλάβω από το website του Νοσοκομείου (e-αποτελέσματα) και όχι υπό έντυπη μορφή (φάκελος με CD) από την Γραμματεία.

Ναι Όχι

Υπογραφή Ασθενούς ή Συνοδού*:

*ή άλλου συγγενή που ασκεί την επιμέλεια σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί.
Στην περίπτωση αυτή είναι υποχρεωτική και η αναγραφή του ονοματεπώνυμου του συνοδού.

Σε περίπτωση όπου ο Ασθενής αδυνατεί να εισέλθει μόνος του για Μαγνητική Τομογραφία, ο Συνοδός υπογράφει το παρακάτω, ενώ έχει επίσης απαντήσει στις ερωτήσεις:

Επώνυμο:

Ημ/νία Γέννησης:

Ημ/νία:

Όνομα:

Τηλ. Επικοινωνίας:

Ώρα:

| ΓΙΑ ΤΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|-----|-----|
| 1) Είναι η πρώτη φορά που θα εισέλθετε σε Μαγνητικό Τομογράφο; | | |
| 2) Είστε έγκυος; Ή υπάρχει πιθανότητα εγκυμοσύνης; | | |
| 3) Έχετε ιστορικό τραυματισμού στο μάτι; | | |
| 4) Έχετε Βηματοδότη / Απινιδωτή; | | |
| 5) Έχετε Μεταλλική Καρδιακή Βαλβίδα; | | |
| 6) Έχετε Clíps; (μετά από επέμβαση στον εγκέφαλο, π.χ. για ανεύρυσμα;) | | |
| 7) Έχετε Νευροερεθιστή ή άλλο μηχανήμα εμφυτευμένο ; | | |
| 8) Έχετε Μεταλλικά ράμματα; | | |
| 9) Έχετε Μεταλλική πρόθεση στα άνω άκρα – κάτω άκρα – σπονδυλική στήλη; | | |
| 10) Έχετε stent στην καρδιά; | | |
| 11) Έχετε stent σε περιφερικές αρτηρίες; (π.χ. κάτω άκρα, νεφρικές αρτηρίες) | | |
| 11) Έχετε κοχλιακό εμφύτευμα στο αυτί; | | |
| 12) Έχετε ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ); | | |
| 13) Έχετε μεταλλικά θραύσματα από σφαίρες, ρινίσματα κ.ο.κ; | | |

Μετά τη συμπλήρωση των ανωτέρω, συναινώ στην παρουσία μου εντός του χώρου του Μαγνητικού Τομογράφου κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Υπογραφή Συνοδού