# Pytësori për pacientë

## Tomografia me rezonancë magnetike (MRI, MRT)

MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

**Shumë e nderuar paciente, shumë i nderuar pacient**

Nga që tomografia me rezonancë magnetike zhvillohet në një fushë të fortë magnetike, nuk bën mirë, nëse mbani metalet e caktuara brenda ose pranë trupit tuaj. Pajisjet e drejtuara në mënyrë elektronike ose kartela me xhipe, përmes fushës magnetike mund humbasin funksionin ose mund të shkatërrohen. Për këto arsye duhet t'ju bëjmë këto pyetje, kuptimin dhe përgjigjen e të cilave ju duhet të na vërtetoni me shkrim.

**Kujdes!**
Përpara që të hyni në dhomën e ekzaminimit, këto sende duhet t'i hiqni: orët, stolitë, portofolin, kuletën, paratë në monedha, syzet, protezën e dhëmbëve, aparatin e dëgjimit, karficat, kapëset dhe pjesët artificiale të flokëve. Kartela krediti respektivisht të gjitha kartelat me shirit magnetik, gjatë hyrjes në dhomën e ekzaminimit do të fshiheshin për shkak të fushës magnetike të fortë. Këto sende mund t'i lini në një kasafortë në gardërobë.

Për ekzaminimin ka rëndësi, që ju të zhvisheni përveç ndërresave të brendshme, nga që disa cohë gjithashtu mund të përmbajnë metale. Personat shoqërues, të cilët hyjnë me ju në dhomën e ekzaminimit, gjithashtu duhet t'i vënë re pikat e sipërme!

**Natyrisht që në rastet e paqartësive, ju mund të na pyesni në çdo kohë.**

| | |
|---|---|
| Mbiemri: | |
| Emri: | |
| Datëlindja: | |

| **A mbani njërin prej sendeve vijuese në ose pranë trupit tuaj?** | **Po** | **Jo** |
|---|---|---|
| - Stimulues kardiak/debrifilator? | ☐ | ☐ |
| - Stimulues i nervave? | ☐ | ☐ |
| - Pompë insuline/medikamentesh ose matës glukoze? | ☐ | ☐ |
| - Implantim Cochlea (implantim i veshit të brendshëm)? | ☐ | ☐ |
| - Shunt ventrikular-peritoneal (VP-Shunt)? | ☐ | ☐ |
| - Kapëse për aneurizma në arterien e trurit? | ☐ | ☐ |
| - Aparat dëgjimi? | ☐ | ☐ |
| - Protezë e lëvizshme dhëmbësh? | ☐ | ☐ |
| - Piercing/tatuazh? | ☐ | ☐ |
| **A keni pasur një lëndim me copëza metali ose prej një arme zjarri?** | ☐ | ☐ |
| **A vuani nga një sëmundje veshkash ose nga një çrregullim funksioni të veshkave?** | ☐ | ☐ |
| **A vuani nga alergjitë?** Nëse po: nga cilat? | ☐ | ☐ |
| A jeni shtruar ndonjëherë në spital për një reaksion të rëndë alergjik? | ☐ | ☐ |

**htatlartësia juaj:** ____ cm **Pesha juajt:** ____ kg

| **Pyetjet shtesë për pacientet** | **Po** | **Jo** |
|---|---|---|
| A jeni ose a mund të jeni shtatzënë? | ☐ | ☐ |
| Në rastin e një shtatzënie ekzistuese: Në cilin muaj? | | |
| A jeni duke ushqyer me gji aktualisht? | ☐ | ☐ |

Unë e kam kuptuar informacionin për pacientë «Çfarë është një tomografi me rezonancë magnetike» (shih faqen e pasme), u kam përgjigjur të gjitha pyetjeve me kujdes dhe jam dakord me kryerjen e MRI-së.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Data: | | Nënshkrimi: | | Specialistit të diplomuar të radiologjisë: | |