**דף מידע לבדיקת MRI בהרדמה**

**מטופל נכבד/ הורים נכבדים שלום!**

דף זה מרכז עבורכם מידע אודות בדיקת ה-MRI וכן הנחיות לקראת ביצוע הבדיקה.

**כללי –**

בדיקת התהודה המגנטית אותה ילדכם עומד לעבור תבוצע במכשיר חדיש מסוגו, אשר סורק את הגוף תוך הפעלת שדה מגנטי חזק.במהלך הבדיקה ילדכם יידרש לשכב ללא תנועה ולכן אצל רוב הילדים הקטנים הבדיקה מבוצעת בהרדמה כללית. בדיקת ה-MRI אינה כואבת ונמשכת ברוב המקרים בין 30-40 דקות. במהלך הבדיקה נשמעים בתוך המכשיר קולות של דפיקות ונקישות – זהו צליל הפעולה התקינה של המכשיר.

**הכנה לבדיקה בהרדמה-**

* אסור לילד לאכול במהלך 6 שעות שלפני הבדיקה . בקבוק תחליף חלב יש לתת עד 6 שעות לפני הבדיקה.
* תינוקות היונקים **בלבד** יכולים לינוק עד 4 שעות לפני הבדיקה.
* מותר וגם כדאי לתת **מים בלבד** עד שעתיים לפני הבדיקה.
* יש לתת את כל התרופות הרגילות עם מעט מים. אין לתת תרופות הנלקחות ביחד עם אוכל.
* אנא הלבישו את הילד בבגדים חמים ונוחים. אין להלביש בגדים המכילים חלקי מתכת כגון: תיקתקים, רוכסנים וכו'. לתינוקות כדאי להביא כובע ושמיכה קטנה.

**חשוב!**

**המגנוט עלול להפריע לתפקודם התקין של קוצבי לב ועלול להזיז פיסות מתכת שנמצאות בגוף. לכן אנו מבקשים בכל לשון של בקשה שתקראו בעיון את השאלון המצורף ותענו בתשומת לב על כל השאלות המצוינות. כמו כן, השדה המגנטי החזק עלול להשפיע גם על כרטיסים מגנטיים לסוגיהם, על מכשירים אלקטרוניים, וכן על כל גוף מתכתי מתמגנט, הנמצא בתוך או מחוץ לגוף. לכן, בטרם הכניסה לחדר הבדיקה עליכם להסיר תכשיטים, שעונים, מטבעות, כרטיסי אשראי או כל כרטיס מגנטי אחר.**

**יום הבדיקה -**

ביום הבדיקה עליכם להגיע למכון ה-MRI הממוקם באגף ה' ,קומת קרקע, ולפנות למזכירות לצורך קבלה משרדית.

יש להצטייד ב:

* הפניה רפואית לביצוע בדיקת MRI
* טופס התחיבות עם ציון קודי משרד הבריאות המופיעים בטופס זימון
* בדיקות הדמיה קודמות כגון: MRI/CT/מיפוי עצמות
* סיכומי אשפוז קודמים
* תרופות קבועות
* כל חפץ/פריט שעשוי להרגיע את ילדכם (מוצץ, חיתול, צעצוע).
* בקבוק עם מים או מיץ וכן חטיף שהילד/ה אוהב/ת (לשתייה/אכילה לאחר ביצוע בדיקה בלבד)

 רופא מרדים ואחות יקבלו אתכם לשיחה לצורך קבלת מידע רפואי על ילדכם . לאחר השיחה עם הרופא המרדים תתבקשו לחתום על טופס הסכמה לביצוע בדיקה בהרדמה, ילדכם יושכב בנוכחותכם על שולחן הבדיקה ותהיו נוכחים במקום עד הירדמותו. הצוות הרפואי ישגיח על ילדיכם במהלך הבדיקה. ברצוננו לציין שהשהייה במכון לצורך הבדיקה עלולה להימשך זמן רב מסיבות טכניות או רפואיות. אנו נעשה כמיטב יכולתנו לסייע לכם ולילדכם ולקצר את משך שהותכם במכון.

**לאחר הבדיקה-**

בתום הבדיקה יעבור ילדכם לחדר ההתאוששות. בשלב זה תתבקשו להיות איתו/ה ואחות תמשיך להשגיח עליו/ה עד להתעוררותו/ה המלאה. בשלבים הראשונים יקבל ילדיכם חמצן במסכה וכן יחובר למוניטור למעקב אחר לחץ הדם והדופק.

**תשובות לבדיקות -**

פענוח הבדיקה והדיסק ישלחו בדואר לביתך לאחר 15 ימי עבודה. כמו כן, ניתן לקבל את הדיסק בתום הבדיקה, לאחר המתנה של עד כ-30 דקות. נשמח לענות על כל שאלתכם בטל: 03-6974000/3948 בין השעות: 08:00-13:00

בברכת רפואה שלמה,

 צוות מכון MRI

**שאלון לביצוע בדיקת תהודה מגנטית – MRI**

מטופל/ת נכבד/ה אנא ענה/י בתשומת לב על כל השאלות הבאות: (יש להגיע עם **שאלון מלא** ביום הבדיקה.)

1. גיל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גובה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משקל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ קריאטנין: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. האם עברת בדיקת MRI בעבר? במידה וכן, כתוב/י תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ובאיזה חלק של הגוף\_\_\_\_\_\_\_ **כן / לא**
3. האם יש או היה לך בעבר קוצב לב? **כן / לא**

 **יש לשים לב כי אנשים עם קוצב לב אינם יכולים בשום אופן לבצע בדיקת תהודה מגנטית!**

1. האם יש לך מסתם לב מלאכותי? **כן / לא**
2. האם בתוך ראשך ישנן סיכות מתכתיות? **כן / לא**

 (למשל בעקבות ניתוח מוח, ניתוח נוירוכירורגי או השתלת אוזן פנימית?)

1. האם הושתל בגופך מפרק מלאכותי כגון: ירך, או ברך? **כן / לא**
2. האם יש לך איבר תותב שאינו ניתן להסרה? כגון: גפה או מכשיר שמיעה? **כן / לא**
3. האם עברת פעולה כלשהי, בה הושארו בכלי הדם שלך (בלב או שאר הגוף),סטנטים,פילטרים, צינורות אחרים? **כן / לא** **אם תשובתך היא כן**- כתוב/כתבי מתי? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. האם עבדת בעבודות ריתוך או עבודה אחרת בה היית חשוף/ה לרסיסי מתכת?  **כן / לא**
5. האם עברת בעבר הוצאת רסיס או גוף מתכת מהעין?  **כן / לא**
6. האם סבלת פגיעה כלשהי / פציעה (ממלחמה או ירייה) וכתוצאה מכך היו בגופך רסיסי מתכת?  **כן / לא**

האם ישנם עדיין? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

1. האם הושתל בגופך מכשיר לגירוי עצבי (נוירוסטימולטור) או משאבת אינסולין או כל משאבה אחרת?  **כן / לא**
2. האם יש לך שיניים הניתנות להסרה ?  **כן / לא**
3. האם עברת בעבר ניתוחים? פרט/י אילו: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . פרט/י מתי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **כן / לא**
4. האם את/ה סובל/ת מאפילפסיה? **כן / לא**
5. האם יש לך מחלת כליות הפוגעת בתפקוד הכלייתי וגורמת לאי ספיקת כליות?  **כן / לא**

1. האם את/ה סובל/ת מקלאוסטרופוביה? (פחד ממקומות סגורים) **כן / לא**
2. **שאלה זו מיועדת לנשים בלבד:** האם ייתכן כי את בהיריון? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ באיזה שבוע? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **שימי לב! אם את מניקה וביצעת בדיקת תהודה מגנטית עם הזרקת חומר ניגוד- מומלצת הפסקת ההנקה למשך**

 **48 שעות לאחר הבדיקה!**

**צילומים ופענוחים קודמים:**

* האם ברשותך צילומים ופענוחים קודמים? (שלא בוצעו במרכז הרפואי ת"א? לא / כן. במידה וכן יש למסור למזכיר/ה בקבלה.
* במידה ואין ברשותך צילומים קודמים ועל מנת שנוכל לבצע השוואה לבדיקה קודמת – להחלטתך:
1. באחריותך להביא את הדיסקים והפענוחים עד 7 ימים מיום הבדיקה . לאחר 7 ימים הבדיקה תפוענח ללא השוואה. חתימת המטופל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. אין ברשותי צילומים קודמים מבקש ביצוע פענוח לבדיקה ללא השוואה לבדיקות קודמות. חתימת המטופל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**משלוח הפענוח**

* ניתן לקבל פענוח לבדיקת MRI באמצעות אתר האינטרנט עם סיסמא אישית (לנבדקים מעל גיל 18 בלבד) עד 15 ימי עבודה להרשמה: (קבלת סיסמא מנציגת הקבלה במכון MRI)
* כתובת E- MAIL :
* חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **שליחת פענוח בדיקת MRI בדואר רגיל** לכתובתי המופיעה ברשומות .
* מאשר/ ת שם פרטי ומשפחה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* לא מאשר/ת

**שאלון לביצוע בדיקת תהודה מגנטית – MRI בהרדמה – להורה מלווה**

מטופל/ת נכבד/ה אנא ענה/י בתשומת לב על כל השאלות הבאות: (יש להגיע עם השאלון ביום הבדיקה.)

1. גיל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גובה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משקל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. האם עברת בדיקת MRI בעבר? **כן / לא**

 אם תשובתך כן, כתוב/י תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ובאיזה חלק של הגוף\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. האם יש או היה לך בעבר קוצב לב? **כן / לא**

 **יש לשים לב כי אנשים עם קוצב לב אינם יכולים בשום אופן לבצע בדיקת תהודה מגנטית!**

1. האם יש לך מסתם לב מלאכותי? **כן / לא**
2. האם בתוך ראשך ישנן סיכות מתכתיות? **כן / לא**

 (למשל בעקבות ניתוח מוח, ניתוח נוירוכירורגי או השתלת אוזן פנימית?)

1. האם הושתל בגופך מפרק מלאכותי כגון: ירך, או ברך? **כן / לא**
2. האם יש לך איבר תותב שאינו ניתן להסרה? כגון: גפה או מכשיר שמיעה? **כן / לא**
3. האם עברת פעולה כלשהי, בה הושארו בכלי הדם שלך (בלב או שאר הגוף),סטנטים,פילטרים, צינורות אחרים? **כן / לא** **אם תשובתך היא כן**- כתוב/כתבי מתי? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. האם עבדת בעבודות ריתוך או עבודה אחרת בה היית חשוף/ה לרסיסי מתכת?  **כן / לא**
5. האם עברת בעבר הוצאת רסיס או גוף מתכת מהעין?  **כן / לא**
6. האם סבלת פגיעה כלשהי / פציעה (ממלחמה או ירייה) וכתוצאה מכך היו בגופך רסיסי מתכת?  **כן / לא**

האם ישנם עדיין? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

1. האם הושתל בגופך מכשיר לגירוי עצבי (נוירוסטימולטור) או משאבת אינסולין או כל משאבה אחרת?  **כן / לא**
2. האם יש לך שיניים הניתנות להסרה ?  **כן / לא**
3. האם עברת בעבר ניתוחים?  **כן / לא**

 פרט/י אילו: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . פרט/י מתי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

1. האם את/ה סובל/ת מאפילפסיה? **כן / לא**
2. האם יש לך מחלת כליות הפוגעת בתפקוד הכלייתי וגורמת לאי ספיקת כליות?  **כן / לא**

 אם תשובתך היא כן- האם ידועים לך ערכי קריאטנין או BUN אחרונים?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

1. האם את/ה סובל/ת מקלאוסטרופוביה? (פחד ממקומות סגורים) **כן / לא**
2. **שאלה זו מיועדת לנשים בלבד:**

 האם ייתכן כי את בהיריון? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ באיזה שבוע? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **שימי לב! אם את מניקה וביצעת בדיקת תהודה מגנטית עם הזרקת חומר ניגוד- מומלצת הפסקת ההנקה למשך**

 **48 שעות לאחר הבדיקה!**