

Exame de Ressonância Magnética

Com a imagem por Ressonância Magnética, também chamada Ressonância Magnética ou MR/MRI, pode visualizar as alterações patológicas do corpo interior. Em vez de Raios-X utiliza-se as ondas de rádio e um campo magnético forte. Os sinais característicos emitidos pelo corpo são transformados em imagens. Para exames especiais será eventualmente necessário a injeção intravenoso de produto de contraste. De este modo é possível adquirir informações, das quais seriam impossíveis através de outros métodos.

Preparação

Fechar a porta do Proveedor para o lado do corredor. Deixe, antes de entrar para o exame, o **relógio, ou toda a bijuteria, ou outras coisas indênticas, cartões de crédito etc. e tudo com fita magnética, também chaves ou moedas.** No proveedor é favor de retirar a sua roupa, exceto as cuecas e as meias e vestir camisa do hospital.

Realização do Exame

Durante o exame irá deitar-se numa mesa móvel que, lentamente irá entrar 1 a 2 metros numa abertura do equipamento com 55 centímetros de diâmetro. A duração do exame pode ir até 1 hora. Durante o tempo de medição individuais, que podem ir até 5 minutos, irá ouvir um barulho um pouco alto. Deve estar-se em silêncio, relaxado e sem mexer durante o exame. O mais pequeno movimento pode afetar a qualidade da imagem. Ao mesmo tempo respirar e deglutir (engolir a saliva) não interfere com o exame. Estará sob vigilância do pessoal hospitalar, nomeadamente os técnicos de radiologia. Se existirem dúvidas ou questões pode dirigir-se a nós a qualquer momento.

Através do campo magnético forte e o espaço relativamente restrito, este método de diagnóstico não pode ser aplicado a todos os pacientes. Para que possamos realizar este tipo de exame responda as seguintes perguntas importantes de forma consciente:

Apelido _____ Nome _____ Data de Nascimento _____
Altura _____ Peso (kg) _____ Emprego _____

1. Você possui um Pacemaker ou um Neuroestimulador ou possui algum dispositivo médico no ou sobre o corpo? . *Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder Neurostimulators.....* Sim Não
oder tragen Sie ein anderes medizinisches Gerät im oder am Körper?
2. Possui uma prótese dentária removível? *Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?.....* Sim Não
A prótese está ligada com imans? *Wird sie mit Magneten befestigt?.....* Sim Não
3. Localizam-se no seu corpo peças de metal ou tem grandes tatuagens?
(Por Exp. Próteses de metal, cliques de metal, fragmentos metálicos, bombas de insulina, citostáticos, piercings)..... Sim Não
Befinden sich Metallteile in ihrem Körper z.B. Gelenksprothesen, Platten, Schrauben, Nägel, Piercing, Metallklips?
4. Alguma vez teve um acidente que envolvessem fragmentos metálicos nos olhos? Sim Não
Hatten Sie früher eine Metallsplitterverletzung des Auges?
Os fragmentos metálicos foram retirados? *Wurden die Splitter entfernt?.....* Sim Não
5. Você já foi operado à cabeça ou ao coração? *Sind Sie je an Kopf oder Herz operiert worden?* Sim Não
6. Usa Aparelho Auditivo? *Tragen Sie ein Hörgerät?.....* Sim Não
7. Sofre de Claustrofobia? *Leiden Sie unter Platzangst?.....* Sim Não
8. Tem alguma doença infecciosa conhecida? (Hepatite, HIV, TBC)? Sim Não
Se sim qual? *Ist eine Infektionskrankheit bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV, Tbc)? Wenn ja, welche? _____.*
9. Possui alguma intolerância / alergia conhecida? Se sim qual? Sim Não
Ist bei Ihnen eine Unverträglichkeit/Allergie bekannt? Wenn ja, welche? _____
10. Usa algum penso medicinal? *Tragen sie medizinische Pflaster?.....* Sim Não
11. Você está grávida? *Sind Sie schwanger?.....* Sim Não

Por favor note que a maquilhagem permanente ou tatuagens através dos corantes metálicos pode dar inchaço ou sensação de calor. Os critérios acima mencionados aplicam-se de igual modo aos acompanhantes que permaneçam na sala de exame! Se tiver alguma dúvida entre em contato com os técnicos de radiologia.

Com a minha Assinatura, Eu Autorizo que o Zuger Kantonsspital use e reencaminhe as Informações médicas necessárias, como Fotografias de Hospitais/Institutos de Radiologia/Médicos/Médicas a quem faz parte do meu Tratamento.

Data _____ Assinatura _____