

Pytësori për pacientë / Albanisch

MRI

Tomografia me rezonancë magnetike (MRI)

MRI ose Rezonancë Magnetike është një metodë moderne radiologjike ekzaminimi me imazhe shumeshtresore për diagnostikimin e ndryshimeve te struktura organike. Tomografia me rezonancë magnetike gjeneron imazhe shtresore në një fushë magnetike nga cdo pjese e trupit te njeriut, duke fillue nga koka, qafa, kurrizi, nyjet ose cdo pjese tjeter e organizmit. Ne MRI nuk përdoren rrezet e Rentgenit domethan nuk ka rrezatim. Ekzaminimi është i lehte, i pademshem dhe pa dhimbje.

Si do te pregaditeni per ekzaminimi te MRI-se?

Është e rëndësishme qe të largoni të gjitha gjerat metalike (psh. rripa, çelsa, brisqe, bizhuteri, aparate te dëgjimit e te tjera.). Ne fillim të skanimit te MRI-se, ju do te ndegjoni një zhurme qe ju percjelle gjate gjithe ekzaminimit. Rezultatet më të mira arrihen nëse jeni të qetë dhe të relaksuar gjatë gjithë kohës. Tuneli ku gjindeni gjatë ekzaminimit është i hapur ne te dy anet. Ekzaminimi zakonisht zgjat nga 25 deri në 50 minuta. Gjatë ekzaminimit, ekziston kontakti vizual nëpërmjet një dritare dhe biseda me stafin tone. Ju mund të na alarmoni gjatë ekzaminimit në çdo kohë nëpërmjet një baloni-zile.

Cilat janë komplikimet e mundshme?

Fusha magnetike dhe valët e aparatit te MRI-se nuk e dëmtojnë organizmin e njeriut. Ekzaminimi nuk ka rrezike për shëndetin ose pasoja.

Preparatet e kontrastit janë produkte të gadoliniumit, janë të sigurta, tolerohen mirë dhe janë testuar.

Për të redukuar rreziket e mundshme që dalin nga ekzaminimi ose dhenja e kontrastit, ju lutemi përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme:

Mbiemri _____ Emri _____ Data e lindjes _____

Gjatësia(cm) _____ Masa (kg) _____ Profesion _____

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. A keni të vendosur bateri te zemrës, neurostimulator apo një pompë ilaçes? | Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder Neurostimulators oder tragen Sie ein anderes medizinisches Gerät im oder am Körper?..... | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| 2. A keni proteze dhëmbesh? | Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnteile?..... | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| A është proteza e dhëmbesh i fiksuar me magnet? | Wird sie mit Magneten befestigt?..... | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| 3. A keni të vendosur në trupin tuaj një proteze, klipa metalik, tatuazhe, pirsing? | Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile oder haben Sie grossflächige Tattoos?
(z.B. Metallprothesen, Metallclips, Metallsplitter, Piercings)..... | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| 4. A keni pas ndonjehere lëndime të syrit prej copa te metalit? | Hatten Sie je eine Metallsplitterverletzung des Auges? | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| A jon hoq copëtimet prej syri? | Wurde der Splitter entfernt?..... | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| 5. A jeni operuar më parë në zemër apo në kokë? | Sind Sie je an Herz oder Kopf operiert worden?..... | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| 6. A keni aparat dëgjimit per shurdhët? Tragen Sie ein Hörgerät? | | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| 7. A vuani nga klastrofobia (frika ne hapsira te ngushta)? Leiden Sie unter Platzangst? | | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| 8. A vuani nga alergjitet? Ist bei Ihnen eine Unverträglichkeit/Allergie bekannt? | Nese Po, qfare alergji keni? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| 9. A vuani nga një smurje infektimit (Hepatitis e tjera)? | Ist eine Infektionskrankheit bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV+, TBC)? | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| Nese Po, qfare infektimi keni? Wenn ja, welche? _____ | | |
| 10. A keni plaster medicinale pranë trupin tuaj? Tragen sie medizinische Pflaster?..... | | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |
| 11. A jeni apo a mund të jeni shtatzënë? Sind Sie schwanger?..... | | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo |

Me nënshkrimin tim autorizoj Spitalin Kantonale të Zugut të marrë dokumentet e nevojshme mjekësore nga spitalet që janë të përfshirë në trajtimin tim.

Data _____ Nënshkrimi _____