EINEN MRT DURCHFÜHREN

Allgemeine Informationen

Ihr Arzt hat Ihnen eine bildgebende Untersuchung vorgeschlagen, insbesondere eine Magnetresonanztomografie (**MRT**). Diese Untersuchung wird nur mit Ihrer Zustimmung durchgeführt, denn Sie haben die Freiheit, die Untersuchung zu akzeptieren oder abzulehnen. Dieses Dokument informiert Sie über den Ablauf der Untersuchung und die Folgemaßnahmen. Bitte lesen Sie es, bevor Sie den Abschnitt mit den praktischen Informationen ausfüllen.

Nehmen Sie diese Unterlagen am Tag der Untersuchung mit. Wenn Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, diese dem Arzt und/oder dem Pflegepersonal zu stellen.

- Was ist ein MRT?

Die MRT liefert detaillierte Informationen und Bilder über den zu untersuchenden Körperteil. Die Bilder entstehen durch die Interaktion der im Körper enthaltenen Wassermoleküle mit den von der Maschine ausgesendeten Radiofrequenzwellen. Diese Technik kann für den gesamten Körper verwendet werden und macht alle untersuchten Gewebe und Organe sichtbar. Sie verwendet keine Röntgenstrahlen. Ihr Hauptelement besteht aus einem Magneten.

- Ablauf der Prüfung

Der Ablauf der Prüfung besteht aus drei Schritten

Die Vorbereitung

~ Gehen Sie auf Nummer sicher; wenn nötig, gehen Sie vor der Untersuchung auf die Toilette.

~ Wenn Sie in die Entkleidungskabine (Umkleidekabine) gehen, wird Ihnen ein geeigneter Kittel ausgehändigt und Sie werden gefragt:

- sich auszuziehen (nur Slip/Hose unter dem Kittel aufbewahren),
- alle metallischen oder elektronischen Geräte wie Hörgeräte, Zahnprothesen, Medikamentenpumpen, Nadeln, transdermale Pflaster usw. zu entfernen.
- keine persönlichen Gegenstände (Mobiltelefon, Geldbörse, Schlüssel, Brille, Schmuck, Uhren...) mit in den Prüfungsraum zu nehmen. Sie lassen alle Ihre persönlichen Gegenstände in Ihrer Kabine zurück. Diese wird während Ihrer Abwesenheit verschlossen.

~ Wenn es die Indikation erfordert, wird Ihnen ein venöser Zugang gelegt.

Die Einrichtung des Untersuchungsraums

~ Sie liegen auf einer motorisierten Untersuchungsliege, die sich in der Mitte eines beleuchteten Rings bewegt, der vorne und hinten offen ist. Der zu untersuchende Bereich wird in der Mitte zentriert.

~ Bei der Installation sorgen wir dafür, dass Sie sich mithilfe von Komfortkissen, einer Decke, wenn Ihnen kalt ist, Ohrstöpseln und Kopfhörern, die Sie vor dem Lärm der Maschine schützen, gut einrichten können.

~ Falls nötig, werden vor Beginn der Untersuchung Apnoe-Versuche (einige Sekunden lang aufhören zu atmen) durchgeführt, um Sie zu trainieren. Während der Untersuchung werden Sie regelmäßig auf diese Anweisung hingewiesen.

~ **Für die Untersuchung des Herzens** werden Elektroden auf der Brust platziert, mit denen Ihr Elektrokardiogramm (Herzschlag) während der gesamten Untersuchung überwacht wird. Eine kleine Sauerstoffsonde wird unter Ihrer Nase platziert, um Ihnen während der gesamten Untersuchung bei den geforderten Apnoen zu helfen.

~ Sie befinden sich allein im Prüfungsraum (nur minderjährige Kinder werden während der Prüfung begleitet). Das Team befindet sich ganz in Ihrer Nähe hinter einer Glasscheibe und kann während der gesamten Untersuchung mit Ihnen kommunizieren.

~ Sie erhalten eine Klingel in die Hand gedrückt, um uns vor Unannehmlichkeiten zu warnen.

Die Durchführung der Untersuchung

~ Während der Aufnahme der Bilder ist es von größter Wichtigkeit, dass Sie stillhalten.

~ Die Untersuchung ist nicht schmerzhaft, dauert aber oft etwas länger und das Geräusch kann unangenehm sein.

~ Je nach Indikation kann eine intravenöse Injektion eines Gadolinium-Kontrastmittels oder eines krampflösenden Mittels (Buscopan®) oder eines anderen Mittels erforderlich sein; Sie werden darüber informiert.

- Dauer der Prüfung

Sie bleiben durchschnittlich 10 bis 35 Minuten im Untersuchungsraum.

Ihre Mitarbeit ist sehr wichtig. Bitte halten Sie sich an die Anweisungen, die Ihnen das Pflegepersonal und/oder der Arzt geben.

- Vorbereitung auf die Prüfung

Lesen Sie dieses Dokument sorgfältig durch, beantworten Sie die Fragen auf der letzten Seite, datieren und unterschreiben Sie es. Dies stellt Ihre Zustimmung dar.

⚠ **Das Tragen von chirurgisch implantierten Geräten** (wie Herzschrittmacher, Herzklappen, Neurostimulatoren ... - siehe Abschnitt A Kasten auf Seite 3) **kann eine Kontraindikation für die MRT sein.** Die vom MRT ausgestrahlten elektromagnetischen Wellen könnten die Funktion dieser implantierten Geräte beeinträchtigen.

Wenn Sie ein solches Gerät tragen, werden Sie gebeten, dem Sekretariat der Bildgebung eine **Kopie Ihres Implantatausweises oder die genaue Referenz des implantierten Geräts sowie eine Kopie Ihres Untersuchungsauftrags zukommen zu lassen. Ohne diese Informationen wird der Termin nicht wahrgenom-**

men oder die Untersuchung kann aufgrund von Inkompatibilitäten abgesagt werden.

Wenn Sie nicht über diese Informationen verfügen, wenden Sie sich an den Arzt, der Ihr Implantat eingesetzt hat.

Weisen Sie bereits bei der Terminvereinbarung und spätestens vor Beginn der Untersuchung das Gesundheitspersonal auf ein mögliches **Schwangerschaftsrisiko hin.**

Wenn Sie unter schwerer Klaustrophobie leiden, sollten Sie dies bereits bei der Terminvereinbarung mitteilen. Es kann sein, dass Ihnen dann eine spezielle Vorbereitung angeboten wird.

Wenn Sie glauben, dass Sie ein Beruhigungsmittel benötigen, sprechen Sie mit dem Arzt, der Ihnen die Untersuchung verschrieben hat, er wird Ihnen helfen können. Denken Sie in diesem Fall daran, in Begleitung zu kommen.

- Am Tag der Prüfung

~ Sie können normal essen und trinken und Ihre üblichen Medikamente einnehmen **AUSSER für die MRT-Untersuchung des Abdomens** (Bauch). In diesem Fall müssen Sie **4 Stunden vorher nüchtern** sein. Die Einnahme Ihrer üblichen Medikamente ist erlaubt.

~ Bringen Sie keine Wertgegenstände in die Klinik mit.

~ Planen Sie Zeit für diesen Termin ein. Das Team bemüht sich, die Terminzeiten einzuhalten, aber manchmal kommt es zu unvorhergesehenen Ereignissen, auf die es keinen Einfluss hat. Sie werden benachrichtigt, wenn es zu Verzögerungen kommt.

Melden Sie sich **bei Ihrer Ankunft am Empfang der Abteilung für medizinische Bildgebung.** Der weitere Weg wird Ihnen in der SMS zur Erinnerung an Ihren Termin mitgeteilt.

Nehmen Sie immer mit:

~ Ihren **Personalausweis**

~ Ihre **Verschreibung**. Bitte beachten Sie, dass wir die Untersuchung ohne Untersuchungsauftrag nicht durchführen können.

~ Ihren **Ausweis als „Implantatträger"** oder die genaue Bezeichnung des implantierten Geräts (Herzbatterie, (Herzschrittmacher), Herzklappe, Neurostimulator, jedes andere Gerät, das in Ihren Körper implantiert wurde).

~ dieses Dokument ausgefüllt und unterzeichnet.

- Absage von Terminen

Falls Sie den Termin nicht einhalten können, lassen Sie uns dies bitte **24 Stunden im Voraus wissen.**

~ Über die CHC-Website:
https://www.chc.be/Services/Imagerie-medicale/
„Einen Termin absagen".

~ per Telefon: siehe Kontaktnummer im Kasten unten

Für jeden **Termin**, der **nicht** 24 Stunden im Voraus **entschuldigt wird**, wird eine Pauschale von 20€ erhoben.

- Erwartete Ergebnisse

Der Radiologe wird die während Ihrer Untersuchung aufgenommenen Bilder untersuchen. Da diese Analyse einige Zeit in Anspruch nimmt, kann Ihnen das Ergebnis nicht am Tag Ihres Termins mitgeteilt werden. Es wird innerhalb von etwa einer Woche nach der Untersuchung an Ihren Hausarzt oder Facharzt geschickt. In dringenden Fällen wird der Radiologe Ihren Arzt sofort benachrichtigen. Sie können sich auch beim Wallonischen Gesundheitsnetz (rsw.be) anmelden/registrieren und haben dort Zugang zu Ihrer Krankenakte.

- Nachbereitung und Empfehlungen

In den allermeisten Fällen werden Sie nichts Besonderes spüren. Zögern Sie jedoch nicht, dem Team jedes Ereignis zu melden, das Ihnen ungewöhnlich erscheint.

In seltenen Fällen kann Ihnen schwindelig werden, ein Zustand leichter „Übelkeit". Dies wird durch das Magnetfeld verursacht und vergeht sehr schnell.

- Nebenwirkungen und Risiken der Untersuchung

Jedes medizinische Verfahren ist mit Risiken verbunden. Im Allgemeinen sind die Risiken eines bildgebenden Verfahrens minimal und der Nutzen ist immer größer als die potenziellen Risiken. Dennoch :

~ Beim Einsetzen eines Katheters kann sich ein kleines, harmloses Hämatom bilden, das sich innerhalb weniger Tage spontan zurückbildet.

~ Bei der Injektion kann es aufgrund des Drucks dazu kommen, dass das Produkt unter der Haut außerhalb der Vene austritt. Diese Komplikation ist selten (ein Fall unter mehreren hundert Injektionen, in der Regel ohne schwerwiegende Folgen) und könnte in Ausnahmefällen eine lokale Behandlung erfordern.

~ Wie jedes Medikament kann auch Kontrastmittel sehr selten und zufällig Allergien (Hautausschlag, Atembeschwerden) auslösen, und es werden Vorsichtsmaßnahmen ergriffen, um die Auswirkungen zu begrenzen. Wir verfügen über geeignete Verfahren zur Behandlung dieser Allergien. Ein Hautausschlag ist noch bis zu 48 Stunden nach der Untersuchung möglich. In diesem Fall wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt, damit er diese spezifische Reaktion auf das verwendete Produkt in Ihrer Krankenakte vermerkt.

~ Bei der MRT werden keine Röntgenstrahlen verwendet. Es handelt sich um eine strahlungsfreie Untersuchung, bei der ein Magnetfeld verwendet wird. Für die verwendeten Intensitäten wurden nie besondere Folgen für den Menschen beschrieben.

So kontaktieren Sie die Abteilung für medizinische Bildgebung

Klinik CHC Heusy
rue du Naimeux 17
B-4802 Heusy
087 21 37 10

Klinik CHC MontLégia
Boulevard Patience et Beaujonc 2
B-4000 Lüttich
04 355 61 00

[com-imméd-IRM-générale_versionDE_2]

„PASSER UNE IRM“

Praktische Informationen & Zustimmung

Etiquette - vignette patient ou à défaut :

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... /..... /.....

Adresse: .....

.....

Tel.-Nr.: .....

Nationalregisternummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Wichtige Vorsichtsmaßnahmen vor der Prüfung

(Bei der Terminvereinbarung anzugeben oder spätestens am Tag der Prüfung).

Haben Sie sich jemals einer Kernspintomographie unterzogen? ❒ ja ❒ nein

A- Chirurgisch implantiertes Material :

Haben Sie einen Herzschrittmacher (**Batterie** für das Herz)? ❒ ja ❒ nein

Sind Sie am **Herzen** operiert worden (**Herzklappe, Stent** ...)? ❒ ja ❒ nein

Wurde bei Ihnen eine Operation am **Kopf durchgeführt** (**Bypass, Drain, Clip** ...)? ❒ ja ❒ nein

Haben Sie ein **Hörimplantat** oder ein **Hörgerät**? ❒ ja ❒ nein

Haben Sie **interne Geräte** wie einen **Neuro-Stimulator, eine Insulinpumpe,** eine Ph-Metrie-Sonde, oder irgendeine Art von Apparatur? ❒ ja ❒ nein

> **Wenn Sie ein Implantat** wie oben beschrieben **tragen**, haben Sie der Behörde Folgendes übermittelt die genauen Angaben zu diesem Implantat (Implantatkarte, Referenzen)? ❒ ja ❒ nein

B- Haben Sie sich vor **weniger als zwei Monaten** einer Operation unterzogen? ❒ ja ❒ nein

Welcher Art? .....

Wurden Sie an der **Wirbelsäule** operiert? (Hernie, enger Kanal...) ❒ ja ❒ nein

Wurden Sie an einer Gliedmaße operiert, wobei eine **Metallprothese, Schraube** oder **Platte eingesetzt** wurde, Brosche? ❒ ja ❒ nein

Arbeiten Sie mit Metallen, haben Sie möglicherweise Projektile oder Metallsplitter abbekommen? (Kugeln, Feilspäne, andere ...)? ❒ ja ❒ nein

Haben Sie auf Ihrem Körper ein transdermales medizinisches Pflaster? ❒ ja ❒ nein

Tragen Sie eine **Tätowierung** oder ein **Permanent-Make-up**? ❒ ja ❒ nein

Haben Sie ein **Piercing**? ❒ ja ❒ nein

C- Haben Sie eine **nachgewiesene Allergie** gegen das Kontrastmittel oder eine andere **Allergie**? ❒ ja ❒ nein

Wenn ja, bitte angeben: .....

Leiden Sie an einer **Niereninsuffizienz**? ❒ ja ❒ nein

Leiden Sie unter einem **Glaukom**? ❒ ja ❒ nein

Leiden Sie unter **einer vergrößerten Prostata**? ❒ ja ❒ nein

Leiden Sie unter **Tachykardie** (Herzrhythmusstörung)? ❒ ja ❒ nein

Ms, sind Sie wahrscheinlich **schwanger**? ❒ ja ❒ nein

Befinden Sie sich in der **Stillzeit**? ❒ ja ❒ nein

Bitte geben Sie an: Ihr Gewicht..... kg Ihre Körpergröße ..... cm

Wenn Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, sie dem Arzt und/oder dem Pflegepersonal zu stellen.

Unsere Teams stehen Ihnen während der gesamten Prüfung zur Verfügung, um Sie zu begleiten und sich um Sie zu kümmern.

Zustimmung

Ich, die/der Unterzeichnete Frau/Herr (Vorname + Nachname)..... bestätige, dass ich alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich erkläre, dass ich die erhaltenen Informationen zur Kenntnis genommen habe und die Möglichkeit hatte, alle notwendigen Fragen zu stellen. Die Pfleger/Ärzte haben sie vollständig und zufriedenstellend beantwortet. Ich habe die Antworten, die mir gegeben wurden, verstanden. Ich bestätige, dass ich über die Risiken oder Folgen informiert wurde, die entstehen können, wenn ich mich dieser Untersuchung nicht unterziehen möchte, und stimme der Verabreichung von Kontrastmitteln oder anderen Medikamenten zu, die für die ordnungsgemäße Durchführung der Untersuchung erforderlich sind. Ich erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Date ..... Unterschrift

CHC GROUPE SANTÉ

Votre hôpital est membre du réseau de santé move