

## **MK Magnetundersökning av förlossningskanalen (pelvimetri)**

Denna anvisning är avsedd för att utskrivas. Anvisningen innehåller ställen som ska fyllas i.

### **Hur förbereder du dig för undersökningen?**

Du får äta och dricka samt ta dina regelbundna mediciner normalt. Smycken och piercings måste tas bort och det är bra att lämna dem hemma.

### **Hur går undersökningen till?**

Avbildningen utförs i en upplyst och luftkonditionerad magnetavbildningsapparat som är öppen i båda ändorna. Under undersökningen har man signal- och talkontakt med skötaren. För att undersökningen ska lyckas, bör man hållas stilla. Kroppsställningen under undersökningen försöks få så bekväm som möjligt.

Avbildningsapparaten har ganska hårt ljud och därför har du hörlurar eller öronproppar under undersökningen. Under de flesta undersökningarna är det möjligt att lyssna på musik. Du kan även ta med en egen CD-skiva.

### **Efter undersökningen**

Undersökningen förutsätter ingen uppföljning på sjukhuset. Den remitterande enheten informerar om undersökningsresultaten.

### **Annat att observera**

Undersökningen tar ca 15 minuter. På magnetavdelningen avbildas också jourpatienter, vilket kan medföra ändringar i tidtabellen. Reservera gott om tid för besöket.

Undersökningen har inga kända biverkningar. Vissa saker kräver emellertid iakttagelse när man planerar avbildningen. Informera undersökningsenheten om du har pacemaker, protes i innerörat, läkemedelspump, operationsclips, metallsplitter eller metallfragment i kroppen.

Sterilisationsclips och spiral är vanligtvis inte ett hinder för magnetundersökningen. Glukosmätarens sensor måste avlägsnas före avbildningen. Meddela skötaren om du använder läkemedelsplåster.

Fyll i förhandsuppgifterna och ta med blanketten till undersökningen.

# Förhandsuppgifter för magnetundersökning

Namn: \_\_\_\_\_ Personbeteckning: \_\_\_\_\_

Längd (cm): \_\_\_\_\_ Vikt (kg): \_\_\_\_\_

**Ja**                      **Nej**

**Har du blivit opererad?**

\_\_\_\_\_

Om du svarade ja, vilka operationer?

\_\_\_\_\_

**Har du något/några av följande i er kropp?**

**Ja**                      **Nej**

Pacemaker eller -kablar

\_\_\_\_\_

Hjärtklaffprotes

\_\_\_\_\_

Nervstimulator eller -kablar

\_\_\_\_\_

Öronproteser eller implantat i inner- eller mellanörat

\_\_\_\_\_

Hörapparat

\_\_\_\_\_

Shunt

\_\_\_\_\_

Stentar/coilar/aneurysmaclips

\_\_\_\_\_

Metallflisor i kroppen

\_\_\_\_\_

Infusionsport och/eller läkemedelspump

\_\_\_\_\_

Ledprotes/fixationsskruvar

\_\_\_\_\_

Tandprotes

\_\_\_\_\_

Tatueringar/piercings

\_\_\_\_\_

Har du allergi mot kontrast- eller bedövningsmedel?

\_\_\_\_\_

Har du njursvikt?

\_\_\_\_\_

Är du gravid?

\_\_\_\_\_

Har du blivit steriliserad?

\_\_\_\_\_