# Magneettiohjattu rintarauhasen paksuneulanäyte

Sinulle on varattu aika magneettiohjattuun rintarauhasen näytteenottoon. Ole hyvä ja täytä Magneettitutkimuksen esitietokysely sähköisesti OmaOYS asiointipalvelussa [www.omaoys.fi](http://www.omaoys.fi). Saat tekstiviestillä linkin sähköiseen esitietokyselyyn 7 vrk ennen tutkimusta. Jos sinulla ei ole mahdollisuutta täyttää kyselyä sähköisesti, niin voit täyttää paperisen lomakkeen(sivu 3) ja tuoda sen mukanasi tutkimukseen. Lomakkeessa on myös yhteystiedot, mikäli sinulla on kysyttävää.

## Tutkimukseen valmistautuminen

Saat syödä ja juoda normaalisti sekä ottaa lääkkeesi. Lääkelaastarit ja glukoosimittarit poistetaan magneettiosastolla, joten uutta ei kannata vaihtaa ennen kuvausta. Korut ja lävistykset on poistettava tutkimuksen ajaksi, teethän tämän jo etukäteen.

Ennen tutkimusta metallia sisältävät vaatteet on riisuttava. Tarvittaessa sinulle annetaan sairaalan vaatteet. Arvoesineitä varten on lukollinen kaappi. Ennen tutkimushuoneeseen menoa sinulle saatetaan laittaa verisuoneen kanyyli tehosteaineen antamista varten.

Mikäli tiedät olevasi yliherkkä puudutusaineelle tai sinulla on käytössä Marevan® tai Plavix® lääkitys, ilmoita siitä hoitohenkilökunnalle ennen tutkimusta.

## Tutkimuksen suorittaminen

Paksuneulanäytteellä otetaan kudosnäyte magneettikuvauksessa todetusta rintarauhasen muutoksesta. Näytteenotto tapahtuu magneettikuvauksen avulla paikallispuudutuksessa. Toimenpidettä voidaan kutsua myös karkeaneula (KNB) tai paksuneulabiopsiaksi (PNB).

Tutkimuksen aikana makaat kuvauskelassa mahallaan, rinta kevyesti puristettuna kahden levyn väliin. Aluksi rinta kuvataan magneettilaitteella, jotta näytteenottokohta saadaan tarkasti määritettyä.

Näytteenoton suorittaa röntgenlääkäri röntgenhoitajien avustamana. Ennen näytteenottoa rinnan iho puhdistetaan pesunesteellä ja puudutetaan.Kun puudutusaine on riitävästi vaikuttanut, näytteenottoneula viedään muutosalueelle ja otetaan 3-6 näytettä.

Näytteenoton jälkeen röntgenhoitaja painaa pistoskohtaa käsin noin 10 minuuttia. Painamisen jälkeen pistoskohtaan laitetaan kylmäpakkaus noin 10 minuutiksi jälkiverenvuodon estämiseksi. Toimenpide valmisteluineen ja jälkihoitoineen kestää noin tunnin.

## Tutkimuksen jälkeen huomioitavaa

Rintaan tehty viilto peitetään haavasidoksella. Haavan kastelua tulee välttää kaksi päivää. Näytteenoton yhteydessä rintaan tulee mustelma, joka häviää itsestään noin kahdessa viikossa. Voimakasta ruumiillista rasitusta tulee välttää näytteenottopäivänä. Tarvittaessa näytteenottopäivä voidaan myöntää sairauslomapäiväksi.

Saat röntgenosastolta mukaasi kirjallisen jälkihoito-ohjeen.

## Tutkimuksen tuloksesta tiedottaa hoitava lääkäri

Näytevastaukset tulevat sinua hoitavalle lääkärille noin kahden viikon kuluttua näytteenotosta. Vastausten kuulemisesta voit sopia näytteenottoon lähettäneen yksikön kanssa.

## Yhteystiedot

Rintarauhasen paksuneulanäytteitä otetaan Oulun Yliopistollisen sairaalan G-röntgenissä, Kiviharjuntie 9, sisäänkäynti **G,** R-kerros.

Halutessasi lisätietoja voit ottaa yhteyttä puh. 040- 134 6666 ma – pe klo 08.00- 14.00.

**Magneettitutkimuksen esitietolomake**

Vaikka magneettikuvaus on turvallinen kuvantamismenetelmä, niin tietyt metalli- ja vierasesineet saattavat kuitenkin aiheuttaa häiriöitä kuviin, aiheuttaa vaaratilanteen kuvauksen aikana tai rikkoutua kuvauslaitteen voimakkaassa magneettikentässä.

Ole hyvä ja täytä Magneettitutkimuksen esitietokysely sähköisesti [OmaOYS-palvelussa](https://omaoys.fi/?now=Wed%20May%2011%2011%3A32%3A45%202022&requestURL=https%3A%2F%2Fomaoys.fi%2FShibboleth.sso%2FSLO%2FPOST&errorType=opensaml%3A%3ABindingException&errorText=Invalid%20HTTP%20method%20(GET).&1=GET&eventType=Logout). Kysely avautuu 7 vrk ennen tutkimusta. Jos sinulla ei ole mahdollisuutta sähköiseen asiointiin, niin täytä tämä lomake, vaikka olisit täyttänyt lomakkeen aikaisemminkin. Jos saattaja tulee mukaan tutkimushuoneeseen, hänen on huomioitava samat turvallisuustekijät.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Suku- ja etunimet | | |
| Henkilötunnus | Pituus | Paino |

**Lääkärin vastaanotto- tai soittoaika tutkimustulosten kuulemista varten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pvm/klo**

**Ota yhteyttä puh. (08) 315 2497, jos vastaat kyllä johonkin seuraavista kysymyksistä**

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Sydämentahdistin, hermostimulaattori tai sisäkorvaistute

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Lääkeainepumppu (insuliinipumppu, kipupumppu jne.)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Muita elektronisia laitteita tai poistetun laitteen johtoja

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Metallisiruja, hauleja tai luoteja

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Oletko raskaana?

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Häiritsevää ahtaan paikan kammoa?

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Käytkö dialyysissä?

**Vastaa myös seuraaviin kysymyksiin (ei tarvitse ottaa yhteyttä)**

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Nivelproteeseja; mitä missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Muita proteeseja; mitä missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Tukilevyjä tai –ruuveja; mitä, missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Keinotekoinen sydänläppä

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Välikorvaproteesi

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Verisuoniproteeseja; missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Stenttejä; missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Shuntteja

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Laskimoportteja tai muita katetreja

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Leikkausklipsejä tai koileja; missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Muita vierasesineitä; mitä, missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Verensokerisensori (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Insuliinipumppu (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Lääkelaastari (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Kuulolaite (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Lävistyksiä, koruja esim. ripsikoru (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Ehkäisykierukka tai sterilisaatioklipsit

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Tatuointeja tai kestopigmentointeja, missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Munuaisten vajaatoimintaa (ei ole este tehosteaineen käytölle)

**Tarkentavia tietoja esim. leikkausten ajankohta ja paikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lomakkeen täyttäjän allekirjoitus ja päiväys: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**