

## MR-kontrolskema

Patientoplysninger:

Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Vægt: \_\_\_\_\_ kg

For at undgå komplikationer, og for at du ikke afvises ved kontrollen før MR-skanningen, bedes følgende forhold være afklaret. Skemaet udfyldes, fremsendes eller medbringes. I tvivlstilfælde bedes du kontakte klinikken.

NEJ

JA

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pacemaker?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indopereret nervestimulatur? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kunstige hjerteklapper? Type _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metalclips på hjernens blodkar? Type _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metalsplinter i øjne?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Øreimplantat? Art _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andre metalfremmedlegemer (pumper, dræn, shunts, proteser, osteosyntesemateriale, granatsplinter, magneter og lign.)? Typebetegnelse, årgang samt oplysning om, på hvilket sygehus/klinik indgrebet er foretaget _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gennemgået operation indenfor de sidste 6 uger?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gravid? Trimester _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Klaustrofobi? Behov for beroligende medicin?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Disponeret for nyresygdom?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Må vi bruge kontraststof, hvis nødvendigt?   |

Ansvarlig for udfyldelse/kontrol af skema:

Patientunderskrift: \_\_\_\_\_

Læge/sygeplejerske/radiograf: \_\_\_\_\_