

KONTROLSKEMA FOR MR-UNDERSØGELSE:

Bedes venligst udfyldt, forinden MR-skanningen foretages på MR-klinikken Skørping

Navn _____

Vægt _____ kg

Cpr.nr. _____ - _____

Højde _____ cm

Hvis De kan svare Ja til et eller flere spørgsmål, bedes de venligst uddybe hvert punkt, og ringe til os på telefon 29602499.

Nogle af punkterne er specifikke medicinske betegnelser. Hvis De er i tvivl om nogle af punkterne, bedes De kontakte egen læge eller MR-klinikken.

		Nej	Ja	Hvis ja. (Type, årgang, lokalisation)
1.	Pacemaker og/eller efterladte elektroder			
2.	Hjerteklap-protese			
3.	Cochlear-implant			
4.	Insulin og/eller cytostatikapumpe. Det skal angives om pumpen skal fjernes.			
5.	Neurostimulatorer (artific, sphinct, og lign.)			
6.	Metalclips og metalproteser fra operationer			
7.	Andet metallisk materiale. (F.eks. metalsplinter i øjne, nålerester, hagl)			
8.	Metalliske tracheostomi-kanyler eller fixation.			
9.	Diverse shunts, coils.			
10.	Medicinske plastre (F.eks. hormon, nikotin.) Bedes fjernet inden undersøgelsen			
11.	Graviditet (måned skal anføres) I de første 3 måneder kan skanning ikke gennemføres.			
12.	Klaustrofobi, uro, Dyspnø (åndedrætsbevær.) Behovet for beroligende medicin vurderes ift. sværhedsgrad.			

Øjenmakeup og kontaktlinser kan indeholde metalliske partikler, og bør derfor undlades forinden MR- skanning. Visse farvede tatoveringer kan indeholde metalliske blandinger, og kan derfor blive varme under MR-skanning.

Udfyldt af _____

Henvisende læge

Dato ____ / ____ - ____

Godkendt af _____

MR-læge

Dato ____ / ____ - ____

Kontrolleret af _____

MR-radiograf

Dato ____ / ____ - ____

Patient _____

Underskrift

Dato ____ / ____ - ____