

Kontrolskema ved MR-scanning

Henvisende læge skal gennemgå skemaet sammen med patienten.

Navn: _____

Cpr.nr.: _____

Tlf.nr.: _____

Sk.nr.: _____

Vægt: _____ Højde: _____

Ja	Nej	
		Allergi (medikamenter eller kontraststoffer)
		Pacemaker, ICD-enhed eller efterlagte katetre
		Metalliske implantater, hvis ja Type: _____ Operationstidspunkt: _____
		Øretransplantat, hvis ja: Type: _____
		Nyresygdom, hvis ja P-creatinin: _____ Umol/l: _____ (max 7 dage gammel)
		Insulinpumpe
		Thacheostomikanyle, tandbøjler
		Metalclips efter kirurgiske operationer og hjerteoperationer, piercing, tatoveringer eller nikotin/hormonplaster
		Metalliske fremmedlegemer inkl. akupunktur nåle.
		Metalsplinter i øjne
		Kirurgiske indgreb indenfor de sidste 6 uger
		Gravid- evt. graviditetsuge:
		Klaustrofobi
		Indforstået med at få kontrastinjektion, hvis dette er nødvendigt af hensyn til resultatet af undersøgelsen.

Kliniske oplysninger _____

Dato: _____

Dato: _____

Patientunderskrift

Lægestempel og underskrift