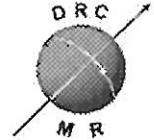


KONTROLSKEMA FØR MR-SCANNING
MR-AFDELINGEN, HVIDOVRE HOSPITAL



Kontrolskemaet skal udfyldes af henvisende læge og vedlægges henvisningen

Henviste patient	
Navn	_____
CPR-nr.	_____ Tlf. _____
Adr.	_____
Vægt	_____ Højde _____

Henvisende læge	
Navn	_____
Sgh., afd.	_____
Tlf.	_____
DECT / 'hyler'	_____

	JA	NEJ
Evt. tidligere MR-scanning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hvornår? _____ hvor? _____ hvad? _____		
Pacemaker, efterladte pancelektroder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteklapprotese, metalclips fra hjerteoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indre øreimplantater (såvel stapes som cochlea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalclips fra neurokirurgiske operationer, herunder aneurismclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shunt, dræn, neurostimulator, insulinpumpe, væksthormonpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalprotese/osteosyntesemateriale af metal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fremmedlegemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fx metalsplinter i øjnene, granatsplinter, piercing, nicotinplaster, tandprotese/-bøjle		
Kirurgiske indgreb indenfor de sidste 6 uger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendt allergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klaustrofobi (af hensyn til evt. præmedicinering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperabel pt./sufficient respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er patienten mobil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pt. er orienteret om undersøgelsens art og omfang, accepterer dette inkl. evt. intravenøs og/eller peroral kontrastindgift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uddybning af mulige kontraindikationer (fx type og dato for indoperation)

.....

.....

Dato _____ Henviste patients underskrift _____

Henvisende læges underskrift _____