

## Henvisning til Bildediagnostisk avdeling

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                                                                      |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Svaradresse:                                                                                                                       |                                                                                                                                                 | Personnummer:                                                                                                                                                   |                                                                        |                                                                                      |                                    |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                 | Etternavn:                                                                                                                                                      |                                                                        | Fornavn:                                                                             |                                    |
| Kopimottaker:                                                                                                                      |                                                                                                                                                 | Adresse:                                                                                                                                                        |                                                                        |                                                                                      |                                    |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                 | Telefonnummer:                                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                                      |                                    |
| Jeg samtykker at radiolog kan endre modalitet:<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei                      |                                                                                                                                                 | Kjønn:<br><input type="checkbox"/> Kvinne<br><input type="checkbox"/> Mann                                                                                      | Gravid:<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei | Frikort:<br><input type="checkbox"/> Ja, frikortnr.:<br><input type="checkbox"/> Nei |                                    |
| Problemstilling og kliniske opplysninger:                                                                                          |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                                                                      |                                    |
| Smitte:<br>Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>                                                                |                                                                                                                                                 | Hvilken smitte:<br>Velg smittetype                                                                                                                              |                                                                        |                                                                                      |                                    |
| Ønsket undersøkelse:                                                                                                               |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 | Ønsket prioritering:                                                   |                                                                                      |                                    |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 | Velg prioritering                                                      |                                                                                      |                                    |
| <b style="color: red;">NB! Ikke lagre utfylt henvisning!</b><br><b style="color: red;">Ved MR-undersøkelse fyll ut sjekkliste!</b> |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 | Andre kommentarer:                                                     |                                                                                      |                                    |
| Ved kontrastundersøkelse                                                                                                           | Diabetes:<br>Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/><br>Metformin:<br>Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> | Nedsatt nyrefunksjon:<br>Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/><br>Allergi/astma:<br>Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> | Kreatinin-verdi: Dato:<br>Klikk her Verdi:                             | GFR-verdi: Dato:<br>Klikk her Verdi:                                                 |                                    |
| Ved biopsi/punksjon                                                                                                                | Blødningsrisiko:<br>Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>                                                                    | Medikament:<br>Seponert:<br>Dato: Klikk her<br>Kl.slett:                                                                                                        | INR:<br>Dato: Klikk her<br>Verdi:                                      | Trombocytter:<br>Dato: Klikk her<br>Verdi:                                           | APTT:<br>Dato: Klikk her<br>Verdi: |
| For Bildediagnostisk avdeling:                                                                                                     |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                                                                      |                                    |
| Henvisers signatur, og eventuelt stempel:                                                                                          |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 | Henvisers telefonnummer:                                               |                                                                                      | Dato:<br>Klikk her                 |

# SJEKKLISTE FØR MR-UNDERSØKELSE

**Pasientens navn:** \_\_\_\_\_

**Personnummer:** \_\_\_\_\_

**Vekt:** \_\_\_\_\_ **Høyde:** \_\_\_\_\_

| Nødvendige opplysninger:                                                                                                                                           | NEI | JA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Loop recorder, pacemaker, ekstern pacemakerelektrode, ICD (implantable cardioverter-defibrillator/implanterbar hjertestarter), eller intern elektrode etter dette? |     |    |
| Brystimplantat (av typen expander)?                                                                                                                                |     |    |
| Nevrostimulator? Hvis JA: Fyll i tillegg ut egen sjekkliste, EQS-dokument 45592.                                                                                   |     |    |
| Metallfremmedlegeme i øye?                                                                                                                                         |     |    |
| Cochleaimplantat (øre)?                                                                                                                                            |     |    |
| Har pasienten svelget metallobjekter (som pillekamera, nåler, annet)?                                                                                              |     |    |
| Har pasienten kjent redusert nyrefunksjon? (Kreatinin- og GFR-svar skal foreligge)?                                                                                |     |    |
| Intrakranielle vaskulære klips/coiler, hjerteklaff, stent(graft), shunt?                                                                                           |     |    |
| Metall etter tidligere kirurgi (implantater, proteser, plater, skruer, tannregulering etc.)?                                                                       |     |    |
| Skuddsår, splintrer eller annet metall som ikke er inn-operert?                                                                                                    |     |    |
| Metall som kan fjernes (gebiss, sminke, piercing, høreapparat etc.)?                                                                                               |     |    |
| Insulin-/morfinpumpe (må fjernes før us.)?                                                                                                                         |     |    |
| Intravenøs kanyler med metall?                                                                                                                                     |     |    |
| Kateter med termistormåler?                                                                                                                                        |     |    |
| Gravid (hvilket trimester)?                                                                                                                                        |     |    |
| Amming?                                                                                                                                                            |     |    |
| Klaustrofobi?                                                                                                                                                      |     |    |
| Trenger pasienten overvåkning?                                                                                                                                     |     |    |
| Har pasienten problemer med å ligge <i>flatt</i> på ryggen?                                                                                                        |     |    |
| Kommunikasjonsproblemer(nedsatt hørsel/trenger tolk/bevisstløs/annet)?                                                                                             |     |    |
| <b>Kommentarfelt:</b>                                                                                                                                              |     |    |
| Annen informasjon relevant for undersøkelsen?                                                                                                                      |     |    |

Ved implantat/operasjoner/annet: Oppgi hvor og når det ble gjort. Skriv *eksakt* navn (produsentnavn og type) på implantat.

Det er av stor betydning at skjemaet blir riktig utfylt. Henvisninger uten utfylt skjema vil bli returnert. Er du i tvil om pasienten kan undersøkes med MR, ta gjerne kontakt mer MR-seksjonen: (679) 64169

Jeg bekrefter herved at overnevnte opplysninger er korrekte.

Dato/Signatur av henvisende lege:

---