

SJEKKLISTE FOR MR-UNDERSØKELSE
MR-AVDELING AHUS
Pasientens navn: _____

Personnummer: _____

Vekt: _____ **Høyde:** _____

Kontraindikasjoner:	NEI	JA
Pacemaker, ekstern pacemakerelektrode, ICD eller intern elektrode etter dette?		
Brystimplantat (av typen expander)?		
Nevrostimulator?		
Metallfremmedlegeme i øye?		
Cochleaimplantat (øre)?		
Nødvendige opplysninger:		
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 innoperert?		
Metall som kan fjernes (gebiss, sminke, piercing, høreapparat etc.)?		
Insulin-/morfinpumpe (må fjernes før us.)?		
Intravenøs kanyle med metall (må fjernes før us.)?		
Kateter med termistormåler (må fjernes før us.)?		
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)?		
Kommentarfelt:		
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 dette 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 avdelingen: (679)64169

Jeg bekrefter herved at overnevnte opplysninger er korrekte.

Dato/Signatur av henvisende lege:
