

Patientdata

CPR NR.: _____ Tidligere billeddiagnostik af aktuelle region: ja nej

Navn: _____

Afdeling/Adresse: _____ Hvor og hvornår: _____

Patientens tlf. nr.: _____

Kontrolskema

Kontrolskemaet gennemgås af henvisende læge sammen med patienten.

Samtlige punkter SKAL besvares ja/nej. **Ved manglende udfyldelse returneres skema og henvisning**

1. **Pacemaker, efterladte pancelektroder** ja nej

2. **Metalliske implantater eller andet metallisk materiale fra hjerte-, neuro- eller anden kirurgi** ja nej

Type: _____ Operationsår: _____

(Operationsbeskrivelse skal vedlægges)

F.eks. clips, shunts, stents, metalproteser, magnetiske tandimplantater, hjerteklapproteser.

3. **Andet metallisk materiale** Type: _____ Operationsår: _____ ja nej

F.eks. Neurostimulatorer, øretransplantater (Operationsbeskrivelse skal vedlægges), insulinpumpe, vagusstimulatorer, baclofenpumpe metalliske tracheostomikanyler, Port á kath, Swan Ganz, P-dialyse kath., blærekateter m/termoføler, **metalsplinter i øjnene**, granatsplinter, skudlæsioner, tandbøjle, piercing, medicinsk plaster

4. **Ved kendt nyresygdom bedes oplyst:**

Se-creatinin: _____ µmol/l eller estimeret GFR: _____ ml/min/1,73 m²

(for begge gælder, de må være max.7 dage gammel)

Er patientens nyresygdom dialysekrævende: ja nej

5. **Graviditet.** Graviditetsuge: _____ ja nej

6. **Klaustrofobi** ja nej

(Se instruks vedr. beroligende medicinering fra relevante billeddiagnostiske/radiologisk afd.)

7. **Ved MR skanning af børn**

(Se instruks fra relevante billeddiagnostiske/radiologisk afd.)

Ønskes undersøgelsen foretaget: Uden Sedering Med sedering I generel anæstesi

8. **Øvrige oplysninger**

Patientens højde: _____ cm Patientens vægt: _____ kg

Lægelig ansvarlig for udfyldelse af kontrolskemaet:

Dato

Underskrift

Læseligt navn/Stempel

Forbeholdt MR afsnittet:

Kontrolskemaet er gennemgået med patienten af undertegnede:

Dato

Underskrift