

MR KONTROLSKEMA

Diagnostisk Radiologi

Patientdata

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

Navn: _____

Afdeling/Adresse: _____ Hvor og hvornår: _____

Patientens tlf. nr.: _____

Kontrolskemaet gennemgås af henvisende læge sammen med patienten. Patienten skal forberedes på eventuel kontrastinjektion. Samtlige punkter SKAL besvares (også højde og vægt), ellers returneres skema og henvisning.

1. Allergi: ja Hvilken: _____ nej

2. Pacemaker, efterladte pancelektroder ja nej
Hvis svaret er ja, kan patienten kun MR-skannes på Rigshospitalet

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

Type: _____ Operationsår: _____ (Operationsbeskrivelse skal vedlægges).
Hjerteklapprotese, neurostimulatorer, artificielle sphintere eller lign., øretransplantater (stapesproteser, intracochlear stimulator), clips, shunts, stents, metalproteser, magnetiske tandimplantater, insulinpumpe, vagusstimulatorer, baclofenpumpe, metallisk tracheostomikanyle, Port á kath, Swan Ganz kath, P-dialyse kath., blærekateter m/termoføler

4. Andet metallisk materiale
Metalsplinter i øjnene, granatsplinter, skudlæsioner, tandbøjle, piercing, medicinsk plaster: _____ ja nej

5. Har patienten kendt nyresygdom? ja nej
Hvis patienten har en nyresygdom: Hvad er eGFR: _____ ml/min/1,73m² (max. 7 dage gammel).

Ambulante patienter med kendt nyresygdom, som skal have kontrast ved skanningen, vil blive bedt om at henvende sig til henvisende læge for at få taget en ny eGFR før skanningen.

Er patienten i dialysebehandling? ja nej

6. Graviditet. Graviditetsuge: _____ ja nej

7. Klaustrofobi ja nej

8. Behov for anæstesi eller beroligende medicinering ja nej
Ønskes undersøgelsen foretaget i generel anæstesi

Henvisende læge varetager evt. beroligende medicinering.

Angiv, hvilket præparat pt. er forsynet med _____ (f.eks. tabl. Tafil 0,5 – 1,0 mg efter vægt (hhv. under/over 70 kg))

9. Øvrige oplysninger
Patientens højde: _____ cm Patientens vægt: _____ kg

10. Tolkebehov ja (sprog) _____ nej

11. Kørselsbehov ja nej

12. Henvisning sendt med EDI-fact ja nej

Lægelig ansvarlig for udfyldelse af kontrolskemaet og indhentning af patientens informerede samtykke:

Dato Underskrift Læseligt navn/Stempel

Forbeholdt MR afsnittet:

Kontrolskemaet er gennemgået med patienten af undertegnede: _____ Dato _____ Underskrift _____