

MR-kontrolskema

Patientens navn: _____

Patientens CPR-nr: _____ Patientens (mobil) tlf.nr. : _____

	Ja / NEJ	Hvis JA...
Allergi?		Angiv type: _____
Graviditet? (Kun til kvinder mellem 12 og 55 år)		Sidste menstruations første dag: _____
Pacemaker, efterladte pancelektroder?		OBS! Patienten kan kun skannes på Rigshospitalet (Region Hovedstaden) eller Roskilde (Region Sjælland). Jeg har forstået
Metalliske implantater / eller andet metallisk materiale fra hjerte-, neuro- eller anden kirurgi		Type: _____ Operationsår: _____
Andet metallisk materiale?		Type andet metallisk materiale: _____
Har patienten kendt nyresygdom?		eGFR værdi (max. 30 dage gammel): _____
Er patienten i dialysebehandling?		
Lider patienten af klaustrofobi?		
Ønskes undersøgelsen foretaget i generel anæstesi?		
Henvise l�ge varetager evt. beroligende medicinering. Angiv hvilket præparat patienten er forsynet med:		Præparat: _____
Patientens højde:		Angiv patientens højde: _____
Patientens vægt:		Angiv patientens vægt: _____
Navn på lægelig ansvarlig for udfyldelse af kontrolskemaet og indhentning af patientens informerede samtykke til MR-skanning og eventuel kontraststofindgift:		Underskrift: _____
Dato:		_____

Patientens underskrift: _____