

MR-KONTROLSKEMA

Patientens navn: _____

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

	JA / NEJ	Hvis JA...
Implanteret pacemaker eller anden ICD		Angiv type og årstal:
Aorta-/coronarstent/ Hjerteklapprotese		Angiv type og årstal:
Øre-implantat (stapesprotese /intracochlear stimul.)		Angiv type og årstal:
Metalclips, indopereret		Angiv type:
Infusionspumper el. lign., der ikke kan fjernes.?		Angiv type:
Indopererede magneter (tand-implantater eller lignende)		Angiv type:
Indopereret neurostimulator (artific. sphincter eller lignende)		Angiv type:
Indopererede shunts og/eller dræn		Angiv type:
Metalfremmedlegemer som ikke kan fjernes (f.eks. metalsplinter i øjne, piercing), medicinske plastre og andet		Art og lokalisation:
Ortopædkirurgiske alloplastikker eller osteosyntesemateriale		Angiv type og lokalisation:
Kirurgisk indgreb indenfor de sidste 6 uger		Angiv hvilket:
Graviditet		Angiv termin:
Kendt nyresygdom		Angiv hvilken:
Klaustrofobi		
Vil patienten have svært ved at samarbejde og ligge stille under MR-skanningen		
eGFR (patienter over 18 år - ikke ældre end 1 måned)		Hvis ja - eGFR: ml/min/1.73m ² Dato: Hvis nej - oplys bestilt dato/årsag til nej:
P-Creatinin (patienter under 18 år - ikke ældre end 1 måned)		Hvis ja - P-Creatinin: µmol/l Dato: Hvis nej: bestilt dato/årsag til nej:
Patient højde: cm		Vægt: kg
Ansvarlig for kontrolskema:		