

 Region Syddanmark		Billeddiagnostisk afdeling	
Kontrolskema før MR-undersøgelse			
Udarbejdet af: Specialerådet for radiologi		Godkendt af: Afdelingsledelsen	Sidst revideret: oktober 2016

Henvissende læge skal gennemgå skemaet med patienten. Besvares rubrikken med JA, skal punktet specificeres.

cpr-nr.: _____ Navn: _____

Vægt i kg: _____ Højde: _____

	NEJ	JA	hvis JA...
Pacemaker, ICD eller efterladte elektroder MR skanning kun på skærpet indikation. Gælder kun for OUH			Hjertemedicinsk ambulatorium skal vurdere pacemaker og patient. Særskilt henvisning sendes til hjertemedicinsk ambulatorium.
Graviditet, trimester skal angives			MR-undersøgelse kun på særlig indikation:
Metalclips, coils, regulerbare shunts i CNS			Lokalisation, fabrikat, type, årgang:
Metalclips, coils, stents i kroppen			Lokalisation, fabrikat, type, årgang:
Andre metalfremmedlegemer i kroppen inkl. øjnene			Lokalisation, type, årgang:
Øreimplantat			Fabrikat, type, årgang:
Kunstige hjerteklapper			Skal oplyses hvis hjerteklappen er indsat før 1970.
Neurostimulator, insulinpumpe eller lign.			Type, årgang, kan fjernes? MR kompatibel?
P-creatinin, MAX. 1 måned gammel			SKAL oplyses hos potentielt nyresyge pt., pt. over 70 år, pt. med sukkersyge.
Klaustrofobi			Ordination og administration af evt. præmedicin aftales lokalt:
Uro, dyspnø, svære rygdeformiteter			
Behov for sedation / anæstesi			
Anæstesi tilsyn			

Uddybende oplysninger/kommentarer, evt. tolkebistand: _____

Patienter med pacemaker skal henvises til OUH.

Dato: _____ Ansvarlig læge: _____

Læselig underskrift med blokbogstaver + stempel + lokal tlf.nr.