

Sjekkliste for pasient til MR-undersøkelse

Før MR-undersøkelsen må sjekklisten være utfylt og leveres signert sammen med henvisningen.

Pasientnavn		Fødselsnr. (11 siffer)		
Kontraindikasjoner			JA	NEI
1	Cochleaimplantat			
2	Nevrostimulator			
3	Pacemaker / elektrode			
4	Ventrikuloperitoneal shunt			
5	Metallprotese etter kirurgi			
6	Brystimplantat / tissue – expanders			
7	Cerebrale aneurismeklips			
8	Insulin-/ morfin-/ baklofenpumpe?			
Hvis noen JA for pkt 1-8 spesifiser fabrikat og typenr eller årstall for operasjon				
Nødvendige opplysninger				
9	Gravid (<i>1. trimester</i>)			
10	Metallfremmedlegeme (<i>i øyet, lever/milt, annet bløtvev</i>)			
11	Kunstig hjerteklaff			
12	Løst metall (klips, protese, høreapp., gebiss, piercing)?			
13	Har pasienten problemer med å ligge på ryggen			
14	Klaustrofobi			
15	Kommunikasjonsproblemer (nedsatt hørsel)			
16	MR/Røntgenundersøkelse av samme område gjort på annet sykehus?			
Dato/underskrift henv.lege				
Dato/underskrift radiograf				