

Metalskema før MR-undersøgelse

Navn:

Vægt:

Cpr.nr.

Højde:

Er du gravid?
1. trimester er kontraindikation Nej Ja i hvilken uge? _____

Ammer du? Nej Ja

Har du pacemaker? Nej Ja kontraindikation

Har du proteser i hjertet? Nej Ja type,årgang? _____

Har du indsat rør i kranspulsårer eller
andre blodkar? Nej Ja type,årgang? _____

Er du opereret i hjernen? Nej Ja type/årgang? _____

Har du kunstige dele i mellemøret? Nej Ja type/årgang? _____

Har du indsat elektroder til nerve-
stimulation? Nej Ja

Har du indsat insulinpumpe? Nej Ja type/årgang? _____

Har du indsat metaldele i knogler? Nej Ja type/årgang? _____

Har du andre former for metal
i kroppen? Nej Ja type,årgang? _____

Er du opereret indenfor de sidste
3 måneder? Nej Ja type,årgang? _____

Har du klaustrofobi? Nej Ja

Har du problemer med at ligge stille? Nej Ja

Er du indforstået med at modtage en
indsprøjtning af kontrastvæske i forbin-
delse med undersøgelsen, hvis det
skønnes nødvendigt? Nej Ja

Hvis du er blevet opereret og har svaret ja til nogle af spørgsmålene, bedes du også oplyse hvilket sygehus og afdeling du er blevet opereret på, og hvornår det skete. Det kan i så fald være nødvendigt at fremskaffe en gammel journal, hvilket kræver din tilladelse. Med din underskrift nedenfor markerer du også, at du giver tilladelse hertil.

dato

navn

cpr-nummer

Henvisende læges underskrift: _____

Er der behov for smertestillende/beroligende medicin til scanningen, ordineres denne af egen/henvisende læge. Medicinen kan efter aftale medbringes eller indtages før undersøgelsen. Røntgenafdelingen har ikke medicin.