

Patientdata

CPR NR.: _____ Tidligere billeddiagnostik
af aktuelle region: ja nej

Navn: _____

Afdeling/Adresse: _____

Patientens tlf. nr.: _____ Hvor og hvornår: _____

Kontrolskema

Kontrolskemaet gennemgås af henvisende læge sammen med patienten.

Samtlige punkter SKAL besvares ja/nej. **Ved manglende udfyldelse returneres skema og henvisning**

1. **Pacemaker, efterladte paceelektroder** ja nej

2. **Metalliske implantater eller andet metallisk materiale fra hjerte-, neuro- eller anden kirurgi** ja nej

Type: _____ Operationsår: _____ (Operationsbeskrivelse skal vedlægges)

F.eks. clips, shunts, stents, metalproteser, magnetiske tandimplantater, hjerteklapproteser.

3. **Andet metallisk materiale** Type: _____ Operationsår: _____ ja nej

F.eks. Neurostimulatorer, øretransplantater (Operationsbeskrivelse skal vedlægges), insulinpumpe, vagusstimulatorer, baclofenpumpe, metalliske tracheostomikanyler, Port á kath, Swan Ganz, P-dialyse kath., blærekateter m/termoføler, **metalsplinter i øjnene**, granatsplinter, skudlæsioner, tandbøjle, piercing, medicinsk plaster

4. **Har patienten kendt nyresygdom?** ja nej

I givet fald, hvad er P-Creatinin: _____ µmol/l (max. 7 dage gammel). Ambulante patienter med kendt nyresygdom, som skal have kontrast ved skanningen, vil blive bedt om at henvende sig til henvisende læge for at få taget en ny P-Creatinin før skanningen. Hvis pt. er i dialysebehandling, skal det anføres på skemaet.

5. **Graviditet.** Graviditetsuge: _____ ja nej

6. **Klaustrofobi** ja nej

(På Hillerød Hospital varetager henvisende læge evt.. sedering. Angiv, hvilket præparat pt. er forsynet med)

7. **Ved MR skanning af børn**

(Se instruks fra relevante billeddiagnostiske/radiologiske afd.)

Ønskes undersøgelsen foretaget: Uden Sedering Med sedering I generel anæstesi

8. **Øvrige oplysninger**

Patientens højde: _____ cm Patientens vægt: _____ kg

Lægelig ansvarlig for udfyldelse af kontrolskemaet:

Dato Underskrift Læseligt navn/Stempel

Forbeholdt MR afsnittet:

Kontrolskemaet er gennemgået med patienten af undertegnede:

Dato Underskrift