

Pt. navn, cpr., tlf.nr. og afd.

## Kontrolskema for patienter til MR-skanning

**Henvisninger, der ikke er ledsaget af et fuldt udfyldt kontrolskema, returneres.**

Skemaet skal udfyldes af den henvisende læge.

Oplysninger om typer af implanteret metal skal indhentes af henvisende læge.

- | Nej                      | Ja                       |  |  |
|--------------------------|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implanteret pacemaker - <b>Absolut kontraindikation</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hjerteklapprotese  | Type: _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stapes/cochlea protese   | Type: _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implanterede hjælpemidler<br>(Artificiel sphincter, Baklofen pumpe,<br>insulinpumpe, tracheostomikanyle)       | Type: _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metalclips fra operationer   | Lok. og type: _____                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andre metalfremmedlegemer:<br>metal-, granatsplinter, hagl, el. lign.<br>NB. Metalsplinter i øjnene (svejsere) | Lok. og type: _____                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diverse shunts og katetre  | Lok. og type: _____                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Graviditet:  | Graviditetsuge på<br>henvisningstidspunktet: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kirurgiske indgreb indenfor de sidste 6 uger   | Type: _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ikke kooperabel patient: Beskrivelse   | _____<br>_____                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Behov for anæstesiledsagelse   |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Klaustrofobi   |  |

### BØRN:

Uden sedering

Med sedering

Generel anæstesi

Pt. vægt \_\_\_\_\_  
(max 150 kg)

Dato

/

\_\_\_\_\_  
Henvisende læges underskrift

Dato

/

\_\_\_\_\_  
Radiograf underskrift