

MR frågeformulär polikliniska patienter

Namn: _____

Personnummer: _____

Jag är _____ cm lång. Jag väger _____ kg Över 130 kg- Ring oss!

FRÅGOR, ringa in rätt alternativ

1. Har du eller har du tidigare haft pacemaker? **Ja Nej**

2. Har du blivit opererad i hjärtat eller huvudet? **Ja Nej**

Om JA, När skedde det? Datum: _____ Sjukhus? _____

3. Har du metalledar i eller på kroppen? **Ja Nej**

Exempel: metallclips, hjärtklaff, hörselbensprotes, smärtpump, shunt, aortastent, stent, ryggelektrod, insulinpump, blodsockermätare.

I så fall, vad? _____

Du behöver inte ringa om du har: tandprotes, höft- eller knäprotes.

4. Har du skadats av metallsplitter i ögonen? **Ja Nej**

I så fall, är det borttaget? **Ja Nej**

5. Har du muskelsjukdomen Myastenia gravis? **Ja Nej**

6. Har du en pågående cytostatikabehandling? **Ja Nej**

7. Har du någon gång fått kontrastmedelsallergi? **Ja Nej**

8. Är du gravid eller ammande? **Ja Nej**

Om du är det, ring oss senast en vecka innan undersökningen.

9. Är du rullstolsburen? **Ja Nej**

Har du cellskräck eller svårt att ligga stilla? Kontakta din läkare för medicinering. Behöver du smärtstillande måste du se till att ta det innan undersökningen.

ALLA lösa metallföremål måste avlägsnas, även hörapparat, insulinpump, blodsockermätare, färgade kontaktlinser etc.

OBS! Vid undersökning av hjärnan, undvik ögonmakeup då detta kan försämma bildkvalitén.

Om du svarat JA på någon av frågorna, ring 0920-28 29 06 eller skriv meddelande i 1177 senast två dagar före undersökningen. Ring även om du inte kan komma till undersökningen. Ta med det ifyllda frågeformuläret till undersökningen.

Härmed intygas att uppgifterna jag lämnat är riktiga.

Namnteckning: _____

Datum: _____

Följeslagare vid MR-undersökning

Namn: _____

Personnummer: _____

FRÅGOR, ringa in rätt alternativ

1. Har du eller har du tidigare haft pacemaker? **Ja** **Nej**

2. Har du blivit opererad i hjärtat eller huvudet? **Ja** **Nej**

Om JA, När skedde det? Datum: _____

På vilket sjukhus opererades du? _____

3. Har du metalledar i eller på kroppen? **Ja** **Nej**

Exempel: metallclips, hjärklaff, hörselbensprotes, smärtpump, shunt, aortastent, stent, ryggelektrod, insulinpump, blodsockermätare.

I så fall, vad? _____

4. Har du skadats av metallsplitter i ögonen? **Ja** **Nej**

I så fall, är det borttaget? **Ja** **Nej**

5. Är du gravid? **Ja** **Nej**

Härmed intygas att uppgifterna jag lämnat är riktiga.

Namnteckning: _____

Datum: _____