v.17.sep.2009

**Sjekkliste for pasient til MR-undersøkelse.**

Før MR-undersøkelsen må du ha utfylt denne sjekklisten og undertegnet med din egen signatur.

MR-undersøkelsen kan ikke utføres dersom du har magnetisk materiale på eller i kroppen.

Ta den utfylte sjekklisten med når du møter til undersøkelsen (ellers må du fylle ut en ny liste når du kommer til Røntgenavdelingen).

Dersom du svarer **JA**  på noen av spørsmålene nedenfor, ber vi deg om å ta kontakt med oss på telefon nr. **74 21 55 04** for nærmere avklaring.

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: |  |
| Fødselsnr. (11 siffer): |  | Vekt: |  Kg |

 **MR-maskinen har en absolutt vektgrense på 140 kg**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontraindikasjoner** (kryss av for JA eller NEI) | **JA** | **NEI** |
| 1 | Har du, eller har du hatt, pacemaker ? |  |  |
| 2 | Aneurismeclips i hodet ? |  |  |
| 3 | Fremmedlegeme i øyet (metallsplinter e.l.) ? |  |  |
| 4 | Implantat i øret ? |  |  |
| 5 | Nevrostimulator ? |  |  |
| 6 | Er du gravid ? |  |  |
| **Nødvendige opplysninger om pasienten** (kryss av for JA eller NEI) |  |  |
| 7 | Hjerteoperert ? |  |  |
| 8 | Metall i kroppen (etter kirurgi, skade etc.) ? |  |  |
| 9 | Insulin- eller morfinpumpe ? |  |  |
| 10 | Operert i løpet av de siste 6 uker ? |  |  |
| 11 | Problem med å ligge på ryggen ? |  |  |
| 12 | Kommunikasjonsproblemer ? |  |  |
| 13 | Røntgenundersøkelse av samme område gjort på annet sykehus ?  |  |  |
| 14 | MR-undersøkelse av samme område gjort på annet sykehus ? |  |  |
| 15 | Allerigiske reaksjoner? |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Dato/underskrift, pasient: |  |
|  |  |
| Dato/underskrift,  |  |
| radiograf ved Røntgenavd.: |  |