## Sjekkliste før MR-undersøkelse

Av hensyn til patientens sikkerhet er det nødvendig at henvisende lege gjennomgår skjekklisten med pasienten. Sjekklisten signeres deretter av lege og pasient, og sendes med MR-henvisningen. Henvisninger med mangelnde utfylt sjekklisten returneres!

Pasientens navn:

Personnummer: Vekt:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Kontraindikationer (MR-us er kontraindisert hvis pas. har) JA NEI**

Pacemaker

Nevrostimulator

Intrakranielle vaskulære clips

Metallfremmedlegemer i øyet, hjerne, lever eller milt

Metallimplantat i øre (cochlea)

Gravid i første trimester

### Nødvendige opplysninger om pasienten

Kjent nyresykdom / diabetes­­­­­\_\_\_hvis ja tar kontakt med MR-seksjon. GFR?

Kjent allergier

Hjerteoperert

 Hvis JA – årstall Hjerteventil ?

Metall etter tidligere kirurgi: (Clips, hjerteklaff, shunt, protese, skruer osv.)

 Hvis JA – angi type og lokalisation

Metall som kan fjernes (gebiss proteser, sminke)

Bruker pasienten insulin/morfin pumpe

Operert i løpet av de siste seks uker Hva slags?

Greier pasient å ligge på ryggen i 15-30 minutter

Kommunikasjonsproblemer

 Hvis JA – Hvilke

Klaustrofobi

 Hvis JA – Grad må fremgå av henvisningen

Tidliger røntgenundersøkt det aktuelle området

 Hvor og når

Operert i det aktuelle område

**Ansvarlig lege for at kontrollen er utført:**

Dato: Signatur:

**Pasientens godkjenning:**

Dato: Signatur:

**Pasienten er godkjent til MR-undersøkelse av radiograf:**

Dato: Signatur: