

Kontrollista inför undersökning med Magnetkamera (MR)

Fylls i personligen, av vårdnadshavare eller remitterande läkare

Namn: _____ Man ___ Kvinna ___

Pers.nr: _____ Vikt: _____

- | | JA | NEJ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du eller har du haft elektriskt/batteristyrat implantat i kroppen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Pacemaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Medicinpump (för t ex insulin, cytostatika) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Neurostimulator | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hörselimplantat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Annat elektriskt/batteristyrat implantat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, vad? _____ | | |
| 2. Har du något inopererat metallföremål i kroppen? | | |
| - Kärklips (ex i hjärnan eller hjärtat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Föremål som hudexpanderare, skruvar, hjärtklaff, shunt protes, fast tandställning etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, vad? _____ | | |
| 3. Har du ngt främmande metalliskt föremål i kroppen? | | |
| - Metallsplitter eller svetsloppa i ögat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Granatsplitter, kulor eller hagel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, vad? _____ | | |
| 4. Är du gravid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Går du på dialys? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du nedsatt njurfunktion/diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, kreatinivärde: _____ | | |
| 7. Har du svårt att vistas i trånga utrymmen (klaustrofobi) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. All ev piercing måste borttagas innan ev undersökning. | | |

Om någon av frågorna ovan besvarats med JA, var vänlig kontakta MR-kameran innan undersökning.

Lämna kontrollistan till MR-personalen då du kommer till MR-undersökningen

Underskrift

Datum