

Metalskema før MR-skanning

Navn: _____

CPR: _____

Højde: _____ Vægt: _____

Hvad ønskes undersøgt: _____

Journalresume/kort oplæg:

Har patienten pacemaker, metalherteklapper, coronar eller andre stents Ja Nej

Er pt. opereret i hjernen med indsættelse af metal eller andre former for metal i kroppen? Ja Nej

Hvis ja oplys navn, type, årstal og sygehus _____

Mistanke om eller kendt nyre sygdom? Ja Nej

Har patienten diabetes? Ja Nej

Er patienten gravid? Ja Nej

Har patienten problemer med at ligge stille p.g.a. smerter eller lignende (ved ja, aftales smertestillende med henvisende læge) Ja Nej

Har patienten klaustrofobi? (ved ja, aftales beroligende med henvisende læge) Ja Nej

Dato: _____ Henvisende læges navn og ydernummer (stempel) _____