

Metalskema før MR-skanning gældende for Region Nordjylland

Navn: _____ Højde: _____

Cpr: _____ Vægt: _____

Nej Ja
 Mistanke om eller kendt nyre sygdom?

Nej Ja
 Har patienten kendt diabetes mellitus?

Nej Ja
 Har patienten pacemaker, metal hjerteklapper, Coronar eller andre stents, elektroniske pumper eller stimulatorer i kroppen? Eller er pt. opereret i hjernen/hovedet med indsættelse af metal, eller har pt. andre former for metal i kroppen?
Ved ja, opgiv navn, type, årstal og sygehus.

Nej Ja
 Er patienten gravid (1. trimester er kontraindikation)?

Nej Ja
 Ammer patienten?

Nej Ja
 Har patienten klaustrofobi?
(Ved ja, aftales beroligende mellem patienten og henvisende læge).

Nej Ja
 Har patienten problemer med at ligge stille pga. smerter eller lignende?
(Ved ja, aftales smertestillende mellem patienten og henvisende læge).

Nej Ja
 Fravælger pt. at modtage i.v. kontrast?

Nej Ja
 Har patienten noget imod, at der indhentes journaloplysninger, hvis det skønnes nødvendigt?

Ved henvisning til MR-knæ, påføres omfang af låret 10cm over knæleddet _____ cm

Dato: _____

Henvisende læges stempel/underskrift: _____