

SJEKKLISTE FOR MR-UNDERSØKELSE

Molde Sjukehus/Kristiansund sykehus

 Pasient navn
 F. dato:

--	--

Vekt: _____ kg

Tidligere MR us.	Hvor?	Når?
------------------	-------	------

KONTRAINDIKASJONER

	JA	NEI
Pacemaker/ICD og/eller elektroder til dette		
Cerebrale aneurismeklips		
Metallfremmedlegeme i øyet		
Cochleaimplantat/øreimplantat		
Brystprotese med ventil		
Nevrostimulator		
Baklofenpumpe		

NØDVENDIGE OPPLYSNINGER

	JA	NEI
Metall/protese etter kirurgi (shunt, hjerteklaff, plater, skruer, klips)		
Andre implantat		
Nyresvikt (ved ja eGFR)		
Diabetes		
Insulin/morfinpumpe og/eller blodsuktermåler		
Graviditet		
Amming		
Alvorlig klaustrofobi		
Har pas. problemer med å ligge på ryggen?		
Kommunikasjonsproblemer		

Det er svært viktig for oss at denne sjekklister blir utfylt, dette for at vi skal kunne planlegge en best mulig undersøkelse. Henvisninger uten sjekklister vil bli returnert.

Ta gjerne kontakt på tlf. 71122399 (Molde sjukehus) eller 71122454 (Kristiansund sykehus).

Evt. Tilleggsopplysninger:

Dato: _____

Henvisende lege: _____