

RADIOLOGI, TILVISING OG RAPPORT



Klinikk for diagnostikk, Radiologisk avd.
Helse Møre og Romsdal HF

Tlf 70105540 Fax 70105570

PASIENT

Fødselsnr.:

(11 siffer)

Navn:

Adr./postnr.:

Tlf. priv.:

Tlf. arb.:

Rom, post, avd. i sykehus

Kjønn K M

Svaradresse:

Tidl. rtg.us.? når:

Ikke egenandel p.g.a.:

KOPI AV SVAR TIL:

Rekv.kode:

--	--	--	--	--	--

FOR SYKEHUS: Går selv Går m. følge Rullestol Seng
Må undersøkes på stue

RØNTGENHENVISNING

E1

Kliniske opplysninger, problemstilling

Ønsker undersøkelse

Spesielle hensyn?

Ønskes us. når?

Ø.Hjelp

kl. _____

Dato:

Sign.:

Tilvisar ber om at rtg.avd endrar undersøkingsmetode/
modalitet dersom hensiktsmessig (kryss av hvis ja):

**Viktige opplysningar ved CT, kontrastundersøking etc
(fyll ut etter behov) :**

Vekt

Metforminpreparat.....

Diabetes.....

Annar disposisjon for redusert nyrefunksjon.....

s-Kreatinin, evt GFR

Sjekkliste, MR:

↓ evt spesifiser ↓	JA	NEI
Pacemaker		
Hjarteoperert		
Vaskulære klips		
Cochleaimplantat		
Insulin-/morfinpumpe		
Nevrostimulator		
Klaustrofobi		
Metall i kroppen etter kirurgi		
Metallisk framandlekam i auge		
Kan ligge stille på rygg i 30 min		
Kommunikasjonsproblem		
Vekt :		
s-Kreatinin :		

Retur av tilvising.

Årsak: Mangelfull utfylling

Tiltrår annan modalitet (MR), treng sjekkliste

Anna årsak

Kommentar:.....

Sign/tilvisar:.....