



HELSE MØRE OG ROMSDAL

Avdeling for Radiologi,
Seksjon Kristiansund

Seksjon Kristiansund 71122450
Seksjon Molde 71122395

Pasient

Fødsels nr: _____ (11 siffer)

Navn:

Adr./Postnr:

Tlf:

Henviseende intans/avdeling: (må fylles inn)

Yrke/-skoleskade/Militær:

Kjønn: M: K:

Ø. Hjelp: _____ Kl. _____:

Kopimottaker:

RØNTGENHENVISNING

Kliniske opplysninger – problemstilling:

Ønsker undersøkt:

Dato:

Sign:

HPR nr:

SJEKKLISTE FOR MR-UNDERSØKELSER

(sett ring rundt riktig alternativ)

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Chochleaimplantat ? | ja | nei |
| 2. Graviditet 1. trimester? | ja | nei |
| 3. Intrakranielle vaskulære klips?
Årstall for operasjon | ja | nei |
| 4. Metallfremmedlegeme i øye? | ja | nei |
| 5. Nevrostimulator? | ja | nei |
| 6. Pacemaker/Elektrode? | ja | nei |
| 7. Nyresvikt? | ja | nei |
| 8. Oppgi Kreatinin + prøvedato
eller GFR + prøvedato | _____ | _____ |
| 9. Kunstig hjerteklaff | ja | nei |
| 10. Insulin-/morfinpumpe | ja | nei |
| 11. Klaustrofobi? | ja | nei |
| 12. Kommunikasjon problemer? (nedsatt hørsel) | ja | nei |
| 13. Løst metall? (klips, protese, høreapp, gebiss, piercing) | ja | nei |
| 14. Metallprotese etter kirurgi? | ja | nei |
| 15. Ventrikuloperitoneal shunt? | ja | nei |
| 16. Brystimplantat/tissue – expanders? | ja | nei |
| 17. Har pasienten problemer med å ligge på ryggen? | ja | nei |
| 18. Hvis noen `ja` spesifiser (fabrikat, typenr....)? | _____ | _____ |
| 19. Vekt i kg | _____ | _____ |