

Formulär magnetkamera (MR)

Kontakta din MR-avdelning **innan** undersökningen om du svarar **JA** på någon av frågorna eller om du **väger mer än 120 kg**.

Telefon MR-kameran: Skövde 0500-431674, Lidköping 0510-85013.

Namn: _____ Personnummer: _____

Längd: _____ Vikt: _____ Telefonnummer: _____

Har du opererats i huvudet?

- Hjärtat? JA NEJ
- Huvudet? JA NEJ
- Örat? JA NEJ

Har du eller har haft något av följande i kroppen?

- Pacemaker eller ICD JA NEJ
- Medicinpump (t.ex. cytostatika, insulin, blodsockermätare) JA NEJ
- Neurostimulator (t.ex. i hjärnan eller ryggen) JA NEJ
- Hörselimplantat (t.ex. cochleaimplantat) JA NEJ
- Annat elektriskt eller batteristyrkt implantat JA NEJ

Om JA, vad? _____

Har du något inopererat föremål som kan innehålla metall?

- Kärclips eller stent (t.ex. i hjärnan eller hjärtat) JA NEJ
- Föremål såsom trachealtub, hudexpanderare, skruvar, hjärtklaff, shunt, protes, fast tandställning m.m. JA NEJ

Om JA, vad? _____

Har du något främmande metallföremål i kroppen?

- Metallsplitter eller svetsloppa i ögat JA NEJ
- Granatsplitter, kulor och hagel JA NEJ
- Annat metallföremål, vad? _____ JA NEJ

Har du någon känd njursjukdom? JA NEJ

För kvinnor: Är du gravid eller ammar du? JA NEJ

Datum och underskrift (patient >18 år, vårdnadshavare eller remitterande läkare)