

Kontrollista inför undersökning med Magnetkamera (MR)

Namn: _____

Vikt: _____

Personnummer: _____

Längd: _____

1. Har du, eller har du haft, något av följande i kroppen?

JA

NEJ

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

Om JA, vad? _____

2. Har du något inopererat föremål som kan innehålla metall?

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

Om JA, vad? _____

3. Har du något främmande metallföremål i eller på kroppen?

- Metallspliter eller svetsloppa i ögat
- Granatspliter, kulor och hagel
- Blodsockersensor
- Annat metallföremål

Om JA, vad? _____

4. Är du gravid?

5. Ammar du?

6. Går du i dialys eller har du kraftigt nedsatt njurfunktion?

7. Har du tidigare reagerat på MR-kontrastmedel?

8. Har du svårt att vistas i trånga utrymmen (kluastrofobi)?

OBS! Kontakta din MR-avdelning **innan** undersökningen om du svarat **JA** på någon av frågorna ovan!

Underskrift patient (>18 år), vårdnadshavare, läkare eller sjuksköterska

Datum

Behövs narkosövervakning? (Ifylls av remitterande läkare)

Kontrollistan kontrollerad: _____

Signatur MR-personal