

Sjekkliste for MR-undersøkelse

Gjelder for: Hele SiV
 Dokumenttype: Skjema
 Sist endret: 11.07.2023

Sjekkliste for MR-undersøkelse

Henvisende lege (signatur m/stempel): Pasient fødselsnummer: Høyde:
 Dato: Pasient navn: Vekt:

VIKTIGE OPPLYSNINGER OM PASIENTEN <i>(fylles ut i samarbeid med pasienten)</i>	JA ¹	NEI
Graviditet: Hvis JA, oppgi termindato her:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammer pasienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Pacemaker/ICD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tidligere hatt pacemaker/ICD: Hvis JA til 1. og/eller 2. må egen pacemakersjekkliste utfylles og sendes kardiologisk avdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nevrostimulator: Hvis JA, fyll inn type, produsent og produktnavn, modell nr, årstall for operasjon og evt. sykehus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cochleaimplantat (CI): Hvis JA, fyll inn produsent og produktnavn, modell nr, årstall for operasjon og evt. sykehus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisinpumpe (f.eks. smertepumpe, insulinpumpe): Hvis JA, fyll inn produsent og produktnavn, modell nr, årstall for operasjon og evt. sykehus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerte: Hjerteventil / hjertestenter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerne: Intracerebrale anurismeklips Hvis JA, årstall for operasjon og evt. sykehus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre steder i kroppen: Coils, klips eller stenter: Hvis JA, fyll inn produsent og produktnavn, modell nr, årstall for operasjon og evt. sykehus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventrikuloperitoneal/-atrial (V/P) shunt: Hvis JA, fyll inn produsent og produktnavn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortopedisk implantat: Hvis JA, hvor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre implantater (f.eks. brystexpander,) Hvis JA, fyll inn type, årstall og sykehus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallfremmedlegeme i øyet: Hvis JA, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skuddskader/metall splinter: Hvis JA, spesifiser (hva/hvor):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klaustrofobi som krever premedikasjon av henvisende lege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har pasienten nedsatt nyrefunksjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rullestolbruker/immobil:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved vanskeligheter med å ligge flatt på ryggen, vennligst spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har pasienten kommunikasjonsutfordringer, f.eks. nedsatt hørsel, afasi, bevisstløs eller annet, vennligst spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har pasienten behov for tolk? Vennligst angi språk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Ved svar JA kan under enkelte forutsetninger MR likevel tilbys pasienten, men krever tilleggsopplysninger som angitt i sjekklisten.