

# MR KONTROLSKEMA

## Diagnostisk Radiologi

### Patientdata

CPR NR.: \_\_\_\_\_ Tidligere billeddiagnostik af aktuelle region: ja  nej

Navn: \_\_\_\_\_

Afdeling/Adresse: \_\_\_\_\_ Hvor og hvornår: \_\_\_\_\_

Patientens tlf. nr.: \_\_\_\_\_

Kontrolskemaet gennemgås af henvisende læge sammen med patienten. Patienten skal forberedes på eventuel kontrastinjektion. Samtlige punkter SKAL besvares (også højde og vægt), ellers returneres skema og henvisning.

1. Allergi: ja  Hvilken: \_\_\_\_\_ nej

2. Pacemaker, efterladte pancelektroder ja  nej   
Hvis svaret er ja, kan patienten kun MR-skannes på Rigshospitalet

3. Metalliske implantater eller andet metallisk materiale fra hjerte-, neuro- eller anden kirurgi ja  nej

Type: \_\_\_\_\_ Operationsår: \_\_\_\_\_ (Operationsbeskrivelse skal vedlægges).  
Hjerteklapprotese, neurostimulatorer, artificielle sphintere eller lign., øretransplantater (stapesproteser, intracochlear stimulator)\_clips, shunts, stents, metalproteser, magnetiske tandimplantater, insulinpumpe, vagusstimulatorer, baclofenpumpe, metallisk tracheostomikanyle, Port á kath, Swan Ganz kath, P-dialyse kath., blærekateter m/termoføler

4. Andet metallisk materiale  
Metalsplinter i øjnene, granatsplinter, skudlæsioner, tandbøjle, piercing, medicinsk plaster: \_\_\_\_\_ ja  nej

5. Har patienten kendt nyresygdom? ja  nej   
Hvis patienten har en nyresygdom: Hvad er eGFR: \_\_\_\_\_ ml/min/1,73m<sup>2</sup> (max. 7 dage gammel).

Ambulante patienter med kendt nyresygdom, som skal have kontrast ved skanningen, vil blive bedt om at henvende sig til henvisende læge for at få taget en ny eGFR før skanningen.

Er patienten i dialysebehandling? ja  nej

6. Graviditet. Graviditetsuge: \_\_\_\_\_ ja  nej

7. Klaustrofobi ja  nej

8. Behov for anæstesi  
Ønskes undersøgelsen foretaget i generel anæstesi ja  nej

### Henvisende læge varetager evt. beroligende medicinering.

Angiv, hvilket præparat pt. er forsynet med \_\_\_\_\_ (f.eks. tabl. Tafil 0,5 – 1,0 mg efter vægt (hhv. under/over 70 kg))

9. Øvrige oplysninger  
Patientens højde: \_\_\_\_\_ cm Patientens vægt: \_\_\_\_\_ kg

10. Tolkebehov ja  (sprog) \_\_\_\_\_ nej

11. Kørselsbehov ja  nej

12. Henvisning sendt med EDI-fact ja  nej

### Lægelig ansvarlig for udfyldelse af kontrolskemaet og indhentning af patientens informerede samtykke:

\_\_\_\_\_  
Dato Underskrift Læseligt navn/Stempel

### Forbeholdt MR afsnittet:

Kontrolskemaet er gennemgået med patienten af undertegnede: \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_