

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet	Gyldig fra/til: 11.03.2024/11.09.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Radiologisk avdeling	Versjon: 3.01
Godkjenner: Kristensen, Aina Nærø	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Liv Mekki / Bente Vee	Dok.id: D35263

Sjekkliste legges ved papirhenvisning. Kontaktinfo. MR-seksjonen: tlf. 55 97 77 27

..... Pasientens navn Rekvirerende lege		
..... Fødselsnummer Tlf.nr dato	
Pasient henvises til følgende MR-undersøkelse:		Dersom pasienten er gravid, vennligst oppgi termindato	
MR relative kontraindikasjoner			
Har eller har pasienten hatt pacemaker /ICD?	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt			
Har pasienten mekanisk hjerteklaff/stentgraft operert inn i hjertet?	Ja	nei	
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn.			
Har pasienten intrakranielle vaskulære klips?	Ja	Nei	
Dersom ja, oppgi typenavn og når/hvor inngrepet ble foretatt.			
Har pasienten ventrikuloperitoneal/-atrial (V/P) shunt?	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn.			
Har pasienten nevrostimulator?			
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt			
Har pasienten cochleaimplantat (CI)?			
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt			
Har pasienten kjent fremmedlegeme av metall i øyet?	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi hva slags fremmedlegeme			
Nyrestatus			
Har pasienten kjent nyresvikt?	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi eGFR-verdi og dato for prøvetaking			
Generelle opplysninger			
Er pasienten over 130 kg?	Ja	Nei	
Har pasienten metall i kroppen, f.eks proteser, implantater, stent, stentgraft, innoperert insulinpumpe eller splinter?	Ja	Nei	
Dersom ja, spesifiser!			
Har pasienten klaustrofobi?	Ja	Nei	Ukjent
Er pasienten ut av stand til å ligge stille og på rygg?	Ja	Nei	
Er pasienten rullestolbruker /immobil?	Ja	Nei	
Har pasienten kommunikasjonsproblemer eller behov for tolk?			
Dersom ja, spesifiser!			