

MR-sjekkliste slik den fremstår i DIPS for internt henviste pasienter (inkl. link til papirsjekkliste)

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet	Gyldig fra/til: 03.03.2021/03.09.2022
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Radiologisk avdeling	Versjon: 1.05
Godkjenner: Kuvås, Kari Løhre	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Liv Mekki / Bente Vee	Dok.id: D35269

KONTAKTINFO: Haukeland - MR tlf. 7-7727 Haraldsplass - MR tlf. 7-9260

Udef Ja Nei

MR relative kontraindikasjoner

Har eller har pasienten hatt pacemaker/ICD? Udef Ja Nei

Hvis JA, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt

Har pasienten mekanisk hjerteklaff/stentgraft operert inn i hjertet? Udef Ja Nei

Hvis JA, vennligst oppgi typenavn.

Har pasienten intrakranielle vaskulære klips? Udef Ja Nei

Hvis JA, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt

Har pasienten ventrikuloperitoneal/-atrial (V/P) shunt? Udef Ja Nei

Hvis JA, vennligst oppgi typenavn

Har pasienten nevrostimulator? Udef Ja Nei

Hvis JA, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt

Har pasienten cochleaimplantat (CI)? Udef Ja Nei

Hvis JA, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt

Behov for å printe ut papir-sjekkliste? Følg EK-link: [MR-sjekkliste for utprint](#)

Sjekkliste revidert 7. desember 2017,

MR-sjekkliste slik den fremstår i DIPS for internt henviste pasienter (inkl. link til papirsjekkliste)

Versjon:
1.05

Har pasienten kjent fremmedlegeme av metall i øyet? <input checked="" type="radio"/> Udef <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis JA, vennligst oppgi hva slags fremmedlegeme.
<input type="text"/>
Nyrestatus
Har pasienten kjent nyresvikt? <input checked="" type="radio"/> Udef <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis JA, vennligst oppgi eGFR verdi og dato for prøvetaking
<input type="text"/>
Generelle opplysninger
Er pasienten over 130 kg? <input checked="" type="radio"/> Udef <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har pasienten metall i kroppen, f.eks. protese, implantat, stent, stentgraft, innoperert insulinpumpe eller splinter? <input checked="" type="radio"/> Udef <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis JA, vennligst spesifiser.
<input type="text"/>
Har pasienten klaustrofobi? <input checked="" type="radio"/> Udef <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Er pasienten ute av stand til å ligge stille og på rygg? <input checked="" type="radio"/> Udef <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har pasienten kommunikasjonsproblemer eller behov for tolk? <input checked="" type="radio"/> Udef <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis JA, vennligst spesifiser
<input type="text"/>
Gjelder intensivpasienter
Har pasienten foleykateter m/temp.mål? <input checked="" type="radio"/> Udef <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei Hvis JA, må dette fjernes før undersøkelsen.
Har pasienten PA-kateter/Swan-Ganz? <input checked="" type="radio"/> Udef <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei Hvis JA, må dette fjernes før undersøkelsen.