Landstinget i Östergötland

Frågeformulär där patienten är uppgiftslämnare

MR-undersökning är förenad med speciella risker varför vissa frågor måste besvaras innan vi kan ta ställning till om undersökningen kan genomföras.
Var därför vänlig fyll i detta formulär med mycket viktiga frågor och lämna det till oss när Du kommer till MR-kameran.

		Ja	Nej
1	Har Du blivit opererad i hjärtat eller hjärnan?	☐	☐
2	Har Du eller har Du haft pacemaker?	☐	☐
3	Har Du metalldelar eller ståltråd i kroppen, som t.ex.		
	• protes, stag eller skruvar	☐	☐
	• metallclips, shunt, pump eller dylikt	☐	☐
4	Har Du skadats av metallsplitter eller metallflisor, t.ex. i ögonen?	☐	☐
5	Har Du hörselbenprotes, hörapparat eller cochleaimplantat?	☐	☐
6	Annat? _____		
7	Är Du gravid?	☐	☐
8	Ange: Vikt: _____ kg Längd: _____ cm		

Om Du svarat JA på någon av ovanstående frågor, vill vi att Du ringer och talar om det för oss snarast på telefon 013- 22 27 08.
Telefontid måndag - torsdag kl. 13.00-14.00.

Att ovanstående uppgifter är korrekta intygas:

Namnteckning _____ Namnförtydligande _____

Personnummer _____ Datum _____

Ifylls av MR-personal
Kontrollerat att patienten förstår frågorna: _____
Signatur MR-personal