

Frågeformulär där patienten ej kan vara uppgiftslämnare

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

Patientuppgifter: Personnummer: _____

Namn: _____

Avdelning: _____

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Har eller har patienten haft pacemaker eller finns det temporära pacemakertrådar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Har patienten opererats i hjärtat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Har patienten opererats för aneurysm i hjärnan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Har patienten metall/metallsplitter i ögonen eller i annan del av kroppen?
Om ja, var? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Har patienten något av följande i kroppen:
Hörselbensprotes, hörapparat, cochlea-implantat, hjärnshunt, insulinpump,
morfinpump, cytostatikapump, nervstimulator, kontaktlinser,
pulmonalisartärkateter eller KAD med temp.mätare?
Om ja, vad? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Är patienten medvetandesänkt, motorisk orolig, dement, svårkontaktbar, har ryckningar, skakningar eller kramper?
Om ja, vad? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Bedömer Du att patienten kan ligga stilla på rygg i cirka 45-60 minuter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Anser Du att smärtstillande, premedicinering eller narkos är nödvändig?
Om ja, vad? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Är patienten gravid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vi behöver även veta patientens vikt: _____ kg längd: _____ cm

Om Ni har svarat JA på någon av ovanstående frågor eller om patienten har något annat av metall i kroppen än de saker som finns med i formuläret måste detta meddelas till MR-personalen före undersökningen.

Vid oklarheter kontakta MR-personalen telefonnummer: 013-22 **2701**

Att ovanstående uppgifter är korrekta intygas

Namnteckning läkare/sjuksköterska_____
Namnförtydligande läkare /sjuksköterska_____
Datum_____
Telefonnummer