

Sikkerhedsformular

Patientens navn _____ CPR.-nr: _____

Patientens vægt _____ Telefon _____ Mobil _____

Udfyldes sammen med den henvisende læge og sendes til klinikken sammen med henvisningen. Punkter besvaret med JA skal specificeres.

	JA	NEJ	Hvis JA - specificer nedenfor
Pacemaker eller efterladte elektroder			KONTRAINDICERET
Graviditet (trimester <i>skal</i> angives)			MR-skanning kun på særlig indikation
CNS: metaclips, coils, regulerbar shunt			Lokalisation, type, årgang
Kroppen i øvrigt, metalclips, coils, stents			Lokalisation, type, årgang
Andre metalliske fremmedlegemer i kroppen, incl. øjne og øreimplantater			Lokalisation, type, årgang
Kunstige hjerteklapper			Lokalisation, type, årgang
Neurostimulatorer, insulinpumpe, balcofenpumpe m.m.			Lokalisation, type, årgang
Medicinske plastre f.eks. hormon-plastre, nikotinplastre.			Bør fjernes inden skanning
Allergi			
Accept af udveksling af oplysninger/billedmateriale mellem sygehuse/læge og Aarhus MR-klinik			

Uddybende oplysninger:

Udfyldt af: _____ Dato _____
Henvissende læge Patient

Godkendt af: _____ Dato _____
MR-læge

Kontrolleret af: _____ Dato _____
MR-radiograf