

# FRÅGEFORMULÄR

Inför magnetkameraundersökning

|            |               |
|------------|---------------|
| Namn:      | Personnummer: |
| Vikt (kg): | Längd (cm):   |
| Avd namn:  | Avd tel nr:   |

Om någon av nedanstående frågor besvaras med **JA MÅSTE** ni kontakta oss snarast, **även om patienten genomgått MR-undersökning tidigare.**

Har patienten opererats i hjärtat eller huvudet? JA  NEJ

Om ja, vilken typ av operation? När och var?

Har patienten någon form av metall eller elektrod i kroppen (t.ex. pacemaker, tempkateter, pump, metallclips, splitter, hörselprotes, ledprotes, shunt)? Tandfyllningar är inget hinder. JA  NEJ

Om ja, vad och var?

Har patienten någon njursjukdom? JA  NEJ

För kvinnlig patient: Är patienten gravid? JA  NEJ

Följande **skall** tas bort **före** magnetkameraundersökningen: Alla metallföremål, makeup, tandprotes, piercing, hörselhjälpmedel, insulinpump, blodsockermätare (diabetesknapp) el.dyl.

|   |        |
|---|--------|
| Namnteckning (Ansvarig läkare/sjuksköterska): | Datum: |
|---|--------|

**Ring oss gärna om det är något ni undrar över. Tel: 77025 (akut MR Lund)  
Tel: 38949 (akut MR Malmö)**

*För medföljande v.g vänd*

## Ifylles av medföljande

vid magnetkameraundersökning

Någon anhörig eller vän till patienten kan vistas i undersökningsrummet under pågående undersökning som stöd. Speciella förberedelser krävs då även för den medföljande. Vi ber er därför att svara på följande frågor:

|   | JA                       | NEJ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Har du opererats i hjärtat eller huvudet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du någon form av metall eller elektrod i kroppen<br>(t.ex. pacemaker, pump, metallclips, splitter, hörselprotes, shunt)?<br>Tandfyllningar är inget hinder. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| För kvinnor: Är du gravid?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alla löst sittande metallföremål och all apparatur **skall** tas bort **innan** du går in i undersökningsrummet, t.ex, hörselhjälpmedel, insulinpump el.dyl

Alla **fickor skall tömmas** helt.

|               |        |
|---------------|--------|
| Namnteckning: | Datum: |
|---------------|--------|