

FRÅGEFORMULÄR

Inför magnetkameraundersökning

Namn:	Personnummer:
Vikt (kg):	Längd (cm):

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

Har du opererats i hjärtat eller huvudet? **JA** **NEJ**

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

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

Om ja, vad och var?

Har du någon njursjukdom?

För kvinnlig patient: Är du gravid?

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

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

Ring oss gärna om det är något du undrar över.

MR-bokningen Malmö

Tel: 040-33 89 50

För medföljande v.g vänd

Ifylles av medföljande

vid magnetkameraundersökning

Någon anhörig eller vän 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 (t.ex. pacemaker, pump, metallclips, splitter, hörselprotes, shunt)? 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:
---------------	--------