

## 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 och även om du har ett implantat som är godkänt för MR, då detta kan kräva särskild planering.

**Undantag:** Du behöver inte kontakta oss i förväg angående tandproteser eller tandfyllningar, rör i öronen eller starroperation. Däremot ska du berätta om dessa för personalen vid undersökningen.

**Kontaktuppgifter: MR sektionen i Trelleborg, 0410- 554 98** (Tisdag-Torsdag 13:00 -14:30)

	JA	NEJ
Har du opererats i hjärtat eller huvudet? (t.ex. pacemaker/ICD, DBS, shunt, kärcllips, hörselimplantat, ögonkirurgi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

---

Har du någon form av metall, implantat eller elektrod i kroppen? (t.ex. splitter/kula, metallflisa, pump, nervstimulator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Om ja, vad och var?

---

Har du någon njursjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande **skall** tas bort **före** magnetkameraundersökningen: Alla metallföremål, makeup, tandprotes, piercing, hörselhjälpmedel, insulinpump, blodsockermätare, läkemedelsplåster, hårnålar, BH el. dyl.

Namnsteckning: _____ Namnförtydligande, tel:	Datum:
-------------------------------------------------	--------

## FRÅGEFORMULÄR - medföljande

Inför 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? (t.ex. pacemaker/ICD, DBS, shunt, kärlclips, hörselimplantat, ögonkirurgi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Har du någon form av metall, implantat eller elektrod i kroppen? (t.ex. splitter/kula, metallflisa, pump, nervstimulator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

---

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, blodsockermätare, hårnålar el. dyl.

Alla **fickor skall tömmas** helt.

Namnteckning: _____ Namnförtydligande	Datum:
------------------------------------------	--------