

# MR checklista – inneliggande patient

Inför magnetkameraundersökning



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

**Om någon av nedanstående frågor besvaras med JA MÅSTE ni kontakta oss snarast, även om patienten genomgått MR-undersökning tidigare och även om patienten har ett implantat som är godkänt för MR, då detta kan kräva särskild planering.**

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

**Följande skall tas bort före magnetkameraundersökningen:** Alla lösa föremål, EKG elektroder och tillhörande telemetri, makeup, tandprotes, smycken, piercing, läkemedelspump, blodsockersensor, metallbeklädda plåster, hårnålar, klocka, BH eller liknande. Hörselhjälpmedel kan behållas fram till att patienten ska in i MR rummet, tas av precis före. Patienten ska ha sjukhuskläder i bomull, byxa och tröja/skjorta.

## Kontaktuppgifter MR Trelleborg: Tel 554 50

	JA	NEJ
Har patienten opererats i hjärtat eller huvudet? (t.ex. pacemaker/ICD, DBS, shunt, kärclclips, hörselimplantat, ögonkirurgi) Om ja, vilken typ av operation? När och var?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har patienten någon form av metall, implantat eller elektrod i kroppen? (t.ex. splitter/kula, metallflisa, läkemedelspump, nervstimulator, protes) Om ja, vad och var?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har patienten varit utsatt för metallsplitter/grader i ögonen? Om svar Ja, är det bortplockat på sjukhus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Har patienten någon njursjukdom? Finns kreatinin ej äldre än 24 timmar? (krav vid kontrastundersökningar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Har patienten allergi mot gadoliniumkontrastmedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För kvinnlig patient: Är patienten gravid eller ammar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har patienten feber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har patienten behov av smärtstillande/febernedsättande/lugnande läkemedel för att ligga stilla under MR undersökningen? Ges på vårdavdelning. Ange läkemedel, dos och tidpunkt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Namnsteckning (läkare/sjuksköterska): _____ Namnförtydligande, tel: _____ Avdelning: _____	Datum: _____
--	--------------

# FRÅGEFORMULÄR – Medföljande

Inför vistelse i rum med magnetkamera



Någon personal, 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? (t.ex. pacemaker/ICD, DBS, shunt, kärcllips, hörselimplantat, ögonkirurgi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Har du någon form av metall, implantat eller elektrod i kroppen? (t.ex. splitter/kula, metallflisa, pump, nervstimulator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Har du varit utsatt för metallsplitter/grader i ögonen? Om svar Ja, är det bortplockat på sjukhus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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, blodsockersensor, hårnålar, klocka, nycklar, pennor eller liknande.

Alla **fickor skall tömmas** helt.

Namnsteckning: _____ Namnförtydligande	Datum:
---	--------