

FRÅGEFORMULÄR – inneliggande patient

Inför magnetkameraundersökning

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

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.

Kontaktuppgifter: Tel 77025 (akut MR Lund) Tel 38949 (akut MR Malmö)

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

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

Har patienten 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 patienten någon njursjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För kvinnlig patient: Är patienten gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Vid behov ges smärtstillande/febernedsättande/lugnande läkemedel på vårdavdelning.

Ange läkemedel, dos och tidpunkt:

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

FRÅGEFORMULÄR - medföljande

Inför vistelse i rum med magnetkamera

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? (t.ex. pacemaker/ICD, DBS, shunt, kärcllips, 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"/>
--	--------------------------	--------------------------

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, blodsockermätare (diabetesknapp), hårnålar el.dyl

Alla **fickor skall tömmas** helt.

Namn-teckning: _____ Namnförtydligande	Datum:
---	--------