

Kontrolskema før MR-undersøgelse

Skemaet printes, udfyldes og medbringes til undersøgelsen

Navn: _____

CPR nr.: _____

Højde: _____ m Vægt: _____ kg

- **Er du gravid ?**
nej ___ ja___ hvis ja, du kan scannes efter de første 3 måneder.
- **Har du pacemaker ?**
nej ___ ja___ hvis ja, du kan desværre ikke blive scannet.
- **Er du blevet opereret med indsættelse af metalclips ?**
nej ___ ja___ hvis ja, hvilken slags clips (lokalisering og type) ?
- **Har du fået indsat shunts, stents eller dræn ?**
nej ___ ja___ hvis ja, hvilken slags (lokalisering og type) ?
- **Har du kunstige hjerteklapper ?**
nej ___ ja___ hvis ja, hvilken type ?
- **Har du fået indsat kunstige øreknogler ?**
nej ___ ja___ hvis ja, hvilken type og hvornår ?
- **Har du andre metalforemmedlegemer i kroppen ?**
nej ___ ja___ hvis ja, hvor og hvilken slags ?
- **Kendt nyresygdom eller diabetes ?**
nej ___ ja___

Følgende genstande skal tages af inden undersøgelsen:

- Alle løse metalgenstande (nøgler, smykker osv.)
- Magnetkort (kreditkort, sygesikringskort osv.)
- Arm-og ben proteser
- Høreapparat
- Insulinpumpe

Dato og underskrift: _____