

Henvisning til billeddiagnostik

Patientoplysninger

Navn:

Cpr-nr:

Adresse:

Postnr/by:

Telefon: Privat:

Mobil:

Arbejde:

E-mail:

Undersøgelsestype

 MR CT

(MR og CT: Ved nyresygdom, diabetes, hypertension, urinsyre og >64 år skal foreligge s-creatinin – max. 7 dg. gl)

 Ultralyd Konv. røntgen Klinisk mammografi

Særligt vedr. henvisning til MR-skanning

MR kontrolskema skal gennemgås med patienten af henvisende læge og skal sendes sammen med kopi af journalnotat. Journalnotatet skal indeholde et afsnit "Henvisning til MR-skanning", hvoraf indikation for MR-skanning skal fremgå.

Oplysninger om type af implanteret materiale skal indhentes af henvisende læge. Pacemaker og alle former for magneter er kontraindikationer.

Henvisning

Ønsket undersøgelse:

Kort sygehistorie:

Graviditet

Kendt gravid: Ja Nej

Graviditetsuge:

Tidligere relevante undersøgelser

 Ja Nej

Hvis ja, på hvilket hospital/klinik?:

Henvisningsoplysninger

Henviser:

Dato:

Adresse/afdeling:

Vend >

MR kontrolskema

For at undgå komplikationer, og for at patienten ikke afvises ved kontrollen før MR-skanningen, bedes følgende forhold være afklaret inden henvisningen:

Patientoplysninger

Navn: _____ Cpr-nr: _____

Vægt: _____ Højde: _____

Har patienten

Pacemaker Ja Nej

Clips på hjernens blodkar Ja Nej

Øreimplantat Ja Nej

Kunstige hjerteklapper Ja Nej

Andre metal-fremmedlegemer i kroppen - hvilke, hvor? Ja Nej

Graviditet Ja Nej

Klaustrofobi Ja Nej

Kendt nyresygdom eller nyrekirurgi * Ja Nej

Kendt allergi Ja Nej

Kendt diabetes (sukkersyge) * Ja Nej

Kendt hypertension (forhøjet blodtryk) * Ja Nej

Kendt urinsyreigt * Ja Nej

Ved ja til et af punkterne markeret med *, skal der ved kontrastundersøgelse foreligge s-creatinin som er max 7 dage gammel. Patienter over 64 år: Der skal foreligge s-creatinin.

Medicin, der kontraindicerer kontrast Ja Nej

Hvis ja, angiv hvilken medicin: _____

Supplerende oplysninger: _____

Hvis patienten ønsker pårørende til stede ved undersøgelsen, skal disse også have udfyldt et kontrolskema.

Undertegnede bekræfter hermed, at ovenstående kontrolskema er gennemgået, og at der ikke findes kontraindikationer for MR-skanning. Patienten er orienteret om undersøgelsen og de risici, der er forbundet hermed. Patienten har accepteret undersøgelsen.

Dato: _____ Lægeunderskrift: _____