|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fylles ut av henvisende lege** | Henvisende lege/avdeling/poliklinikk: | | | | | Pas.navn: |  | | | | | | | | |
| Fødselsnummer (11 siffer): | | | | | | |  | | |
| Adresse: |  | | | | | | | | |
| Tas poliklinisk | | | | | Tlf.nr: |  | | | | | | | | |
| Ev kopi av beskrivelse til: | | | | | Sengetransport  Må tas på stue | | | | Tidligere undersøkt SØ: | | | | | |
| Ja | | | | Nei | |
| Problemstilling/ klinisk diagnose (må **alltid** fylles ut): | | | | | | | | | | | | | | |
| Kliniske opplysninger: | | | | | | | | | | | | | | |
| Graviditet, siste mens dato: |  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Ønsket undersøkelse: | | Ø-hjelp kl: | |  | |  | | Spesielle hensyn/forsiktighetsregler  (allergi, smitte, funksjonshemming etc): | | | | | | |
|  | | | |
| Annen hastegrad: | | | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | Bruker pasienten peroralt antidiabetikum  (metformin e.l): | | | | | | |
|  | | | |
|  |  | | | |  |  | | Ja | | | Nei | |
| Timebestilling | | | | | | Dato, signatur (rekv.kode): | | | | | | |
| Ved MR-undersøkelse, fyll ut side 2 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Til bruk for avdeling for bildediagnostikk** | Notater for avdeling for bildediagnostikk: | | | Undersøkelsesdato/kl: | Rek.nr: | | | |
| US-koder: | | Funn: | Bånd nr: | Sign: |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| Radiograf: |  |  |  | |  |  |  |
| Lege: |  |  |  | |  |  |  |

**Sjekkliste MR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasientens navn: |  | | Vekt: |  | kg |
| Fødselsdato: |  |  | | | |
| Avdeling/adresse: |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kontraindikasjoner | | JA | NEI |
| Pacemakerelektrode | |  |  |
| Nevrostimulator | |  |  |
| Intracranielle vaskulære klips | |  |  |
| Cochlea implantat (øre) | |  |  |
| Metallfremmedlegeme i øye | |  |  |
| Nødvendige opplysninger (**må fylles ut hvis JA over**): | | | |
| Hvilken type | V/P-shunt: | | |
|  | veneport: | | |
|  | hjerteklaff: | | |
|  | øreimplantat: | | |
| Har pasienten operert inn andre metallgjenstander – spesifiser: | | | |
| Opplysninger | | JA | NEI |
| Klaustrofobi | |  |  |
| Kommunikasjonsproblemer | |  |  |
| Kan pasienten ligge rolig på ryggen | |  |  |
| Metall som kan fjernes (gebiss, proteser, sminke) | |  |  |
| Intravenøs kanyle av metall (må ev byttes til veneflon) | |  |  |
| Insulin-morfin-pumpe | |  |  |
| Graviditet | |  |  |

Merknader:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Henvisende lege |  | Godkjent til MR-undersøkelse |
|  |  |  |
| Signatur |  | Signatur radiolog |

**Slutt på Skjema**