|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**