

Henvisning - til avdeling for bildediagnostikk, nødrutine

Henvisningen sendes til:

Avdeling for bildediagnostikk, henvisningsmottaket, postboks 300, 1714 Grålum

Fylles ut av henvisende lege	Henvisende lege/avdeling/poliklinikk:		Pas.navn:			
			Fødselsnummer (11 siffer):			
			Adresse:			
			Tlf.nr:			
	☐ Tas poliklinisk		☐ Sengetransport		Tidligere undersøkt SØ:	
	Ev kopi av beskrivelse til:		☐ Må tas på stue		☐ 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.):	
			☐ Timebestilling		☐ Ja ☐ Nei	
Ved MR-undersøkelse, fyll ut side 2			Dato, signatur (rekv.kode):			

Til bruk for avdeling for bildediagnostikk	Notater for avdeling for bildediagnostikk:			Undersøkelsesdato/kl:		Rek.nr:	
				US-koder:		Funn:	Bånd nr:
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 kanyler av metall (må ev byttes til veneflon)	☐	☐
Insulin-morfin-pumpe	☐	☐
Graviditet	☐	☐

Merknader:

Henvisende lege

Godkjent til MR-undersøkelse

Signatur

Signatur radiolog

Slutt på Skjema