

# 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 &gt;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 Scanning

En del af Aleris-Hamlet Hospitaler

Patientservice træffes på  
telefon 7020 2624 eller [www.aleris-hamlet.dk](http://www.aleris-hamlet.dk)

# 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 urinsyregigt \*  Ja  Nej

Har patienten inden for de sidste 6 måneder været indlagt på sygehus i udlandet eller i øvrigt været udsat for smitte med multiresistente stafylokokker?  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: \_\_\_\_\_

## MR Scanning

En del af Aleris-Hamlet Hospitaler

Patientservice træffes på  
 telefon 7020 2624 eller [www.aleris-hamlet.dk](http://www.aleris-hamlet.dk)