

Kontrolskema til:

CT-Scanning MR-Scanning

Navn: _____ CPR-nummer: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Henvisende læge

Navn: _____ Telefon: _____

Undersøgelse: _____ Årsag: _____

Inden MR-scanning skal punkt 1-7 udfyldes / Inden CT-scanning skal punkt 5-7 udfyldes.
Der skal samtidig sendes en henvisning.

Har patienten:

1. Pacemaker, efterladte parceeletroder, ICE-enheder. Ja Nej
Hvis ja, kan patienten ikke MR-scannes på CPH:DIA.
2. Metalliske implantater eller andet metallisk materiale fra hjerte-, neuro- eller anden kirurgi Ja Nej
Type: _____ Operationsår: _____ (Vedlæg operationsbeskrivelse)
Hjerteklapprotese, neurostimulator, kunstig sphincter eller lign., øretransplantater
(stapesprotese, intracochlear stimulator), clips, shunts, metalproteser, magnetiske tandimplantater,
insulinpumpe, vagusstimulator, baklofenpumpe, metallisk tracheostomikanyle, Port-a-kath,
Swan Ganz kateter, p-dialysekateter, blærekateter m/termoføler
3. Andet metallisk materiale: F.eks. Metalsplinter i øjnene, granatsplinter, skudlæsioner, tandbøjle, piercing,
medicinsk plaster. Ja Nej
4. Klaustrofobi. Henvisende læge kan varetage evt. beroligende medicinering. Ja Nej
Angiv, hvilket præparat: _____ (f.eks. Alprazolam 0,5 -1,0mg)
Beroligende medicin skal indtages 45 min før MR-scanningen.
5. Allergi: ja Hvilken: _____ Nej
6. Har patienten kendt nyresygdom? Ja Nej
Hvis ja hvad er eGFR: _____ ml/min/1,73m² (max. 7 dage gammel)
7. For kvinder i alderen 14-55 år. Graviditet. Ja Nej

Ansvarlig for udfyldelse af kontrol skemaet og indhentning af informeret samtykke:

Dato: _____ Underskrift: _____ læsevenligt navn/stempel: _____