

# Henvisning til billeddiagnostik

## Patientoplysninger

Navn:	Cpr-nr:	
Adresse:	Postnr/by:	
Telefon: Privat:	Mobil:	Arbejde:
E-mail:		

## Undersøgelsestype

<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> CT	
(MR og CT: Ved nyresygdom, diabetes, hypertension, urinsyre og >64 år skal foreligge s-creatinin – max. 7 dg. gl)		
<input type="checkbox"/> Ultralyd	<input type="checkbox"/> Konv. røntgen	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Graviditetsuge:
--	-----------------

## Tidligere relevante undersøgelser

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, på hvilket hospital/klinik?:
--	---------------------------------------

## Henvisningsoplysninger

Henviser:	Dato:
Adresse/afdeling:	

# 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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Clips på hjernens blodkar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Øreimplantat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kunstige hjerteklapper	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Andre metal-fremmedlegemer i kroppen - hvilke, hvor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Graviditet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Klaustrofobi	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kendt nyresygdom eller nyrekirurgi *	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kendt allergi	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kendt diabetes (sukkersyge) *	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kendt hypertension (forhøjet blodtryk) *	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kendt urinsyreigt *	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_