

**MR-sjekkliste for eksternt henviste pasienter**  
**Radiologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus**

Sjekkliste legges ved papirhenvisning. Kontaktinfo. MR-seksjonen: tlf. 55 97 77 27

..... Pasientens navn		..... Rekvirerende lege	
..... Fødselsnummer		..... Tlf.nr	..... dato
Pasient henvises til følgende MR-undersøkelse: .....		Dersom pasienten er gravid, vennligst oppgi termindato .....	
MR relative kontraindikasjoner			
<b>Har eller har pasienten hatt pacemaker /ICD?</b>	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt			
<b>Har pasienten mekanisk hjerteklaff/stentgraft operert inn i hjertet?</b>	Ja	nei	
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn.			
<b>Har pasienten intrakranielle vaskulære klips?</b>	Ja	Nei	
Dersom ja, oppgi typenavn og når/hvor inngrepet ble foretatt.			
<b>Har pasienten ventrikuloperitoneal/-atrial (V/P) shunt?</b>	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn.			
<b>Har pasienten nevrostimulator?</b>			
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt			
<b>Har pasienten cochleaimplantat (CI)?</b>			
Dersom ja, vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt			
<b>Har pasienten fremmedlegeme av metall i øyet?</b>	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi hva slags fremmedlegeme			
Nyrestatus			
<b>Har pasienten kjent nyresvikt?</b>	Ja	Nei	
Dersom ja, vennligst oppgi eGFR verdi og dato for prøvetaking			
Generelle opplysninger			
<b>Er pasienten over 130 kg?</b>	Ja	Nei	
<b>Har pasienten metall i kroppen,</b> f.eks proteser, implantater, stent, stentgraft, innoperert insulinpumpe eller splinter?	Ja	Nei	
Dersom ja, spesifiser!			
<b>Har pasienten klaustrofobi?</b>	Ja	Nei	Ukjent
<b>Kan pasienten ligge stille og på rygg?</b>	Ja	Nei	
<b>Er pasienten rullestolbruker /immobil?</b>	Ja	Nei	
<b>Har pasienten kommunikasjonsproblemer eller behov for tolk?</b>			
Dersom ja, spesifiser!			