

MR SJEKKLISTE

MR relative kontraindikasjoner:
Er pasienten gravid? * (Hvis JA): Termindato:
Har eller har pasienten hatt pacemaker/ICD? * (Hvis JA): Vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt.
Har pasienten mekanisk hjerteklaff/stentgraft operert inn i hjertet? * (Hvis JA): Vennligst oppgi typenavn.
Har pasienten intrakranielle vaskulære klips? * (Hvis JA): Vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt.
Har pasienten ventrikuloperitoneal/-atrial (V/P) shunt? * (Hvis JA): Vennligst oppgi typenavn.
Har pasienten nevrostimulator? * (Hvis JA): Vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt.
Har pasienten cochleaimplantat (CI)? * (Hvis JA): Vennligst oppgi typenavn, når og hvor inngrepet ble foretatt.
Har pasienten kjent fremmedlegeme av metall i øyet? * (Hvis JA): Vennligst oppgi hva slags fremmedlegeme.
Nyrestatus:
Har pasienten kjent nyresvikt? * (Hvis JA): Vennligst oppgi eGFR verdi og dato for prøvetaking.
Generelle opplysninger:
Er pasienten over 130 kg?
Har pasienten metall i kroppen, f.eks. protese, implantat, stent, stentgraft eller splinter? * (Hvis JA): Vennligst spesifiser.
Har pasienten klaustrofobi?
Er pasienten ute av stand til å ligge stille og på rygg?
Er pasienten rullestolbruker/immobil?
Har pasienten kommunikasjonsproblemer eller behov for tolk? * (Hvis JA): Vennligst spesifiser.