

**Henvisning til:****Røntgenundersøgelse**     **Mammografi**     **MR-skanning**     **Ultralydsskanning** **Patient:**

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Henvissende læge:**

Navn: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

**Oplysninger om patienten:**Graviditet: Ja  Graviditetsuge: \_\_\_\_\_ Nej  Patientens højde: \_\_\_\_\_ vægt: \_\_\_\_\_ kg*Undersøgelse, indikation, region og side:***Kontrolskema inden MR-skanning skal udfyldes:**

- Allergi: Ja  Hvilken: \_\_\_\_\_ Nej
- Pacemaker, efterladte pancelektroder, ICD-enheder Ja  Nej   
Hvis ja, kan patienten ikke MR-skannes på Capio CFR.
- 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, baclofenpumpe, metallisk tracheostomikanyle, Port á kath., Swan Ganz kath., p-dialyse kath., blærekateter m/termoføler.
- Andet metallisk materiale Ja  Nej   
F.eks. metalsplinter i øjnene, granatsplinter, skudlæsioner, tandbøjle, piercing, medicinsk plaster.
- Har patienten kendt nyresygdom? Ja  Nej   
Hvis ja, hvad er eGFR: \_\_\_\_\_ ml/min/1,73m<sup>2</sup> (max. 7 dage gammel)  
Ambulante patienter med kendt nyresygdom, som skal have kontrast ved skanningen, vil blive bedt om at henvende sig til henvissende læge for at få taget ny eGFR før skanningen.
- Klaustrofobi Ja  Nej   
Henvissende læge kan varetage evt. beroligende medicinering  
Angiv, hvilket præparat pt. er forsynet med \_\_\_\_\_ (f.eks Alprazolam 0,5-1,0 mg).  
Beroligende medicin skal indtages ca. 45 min. før MR-skanningen.
- Henvisning sendt med EDI-fact? Ja  Nej

Lægelig ansvarlig for udfyldelse af kontrolskemaet og indhentning af informeret samtykke:

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_ Læseligt navn/stempel: \_\_\_\_\_

**Forbeholdt MR-afsnittet:** Skemaet er gennemgået med patienten af undertegnede:

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_