

# Billeddiagnostisk Afdeling, Århus Universitetshospital Skejby

## MR-centret - henvisning til MR-undersøgelse

Cpr.nr:	Adresse:
Navn:	Postnr. og by:
Tlf:	Tolkebistand (vi bruger ikke pårørende som tolk): Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Mobil tlf:	Sprog/døvetolk:

Henvissende afdeling skal rekvirere relevant billedmateriale til Skejby's PACS system. Alternativt fremsendes CD/DVD:

År:	Sted:	Bestilt, dato:	Til PACS <input type="checkbox"/>	På CD/DVD <input type="checkbox"/>
År:	Sted:	Bestilt, dato:	Til PACS <input type="checkbox"/>	På CD/DVD <input type="checkbox"/>
År:	Sted:	Bestilt, dato:	Til PACS <input type="checkbox"/>	På CD/DVD <input type="checkbox"/>

MR skanning ønskes af:

Klinisk problemstilling:

**Smertestillende eller beroligende medicin skal ordineres af henvissende læge og medgives patienten. For indlagte patienter påhviler det den henvissende afdeling at observere patienten før, under og efter MR-undersøgelsen, når der er behov for det.**

Ønske om afbudstid: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis Ja angiv responstid: _____ (husk tlf. nr.) Behov for narkose: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Patientens status på undersøgelsestidspunktet: Indlagt: <input type="checkbox"/> Afsnit: _____ Ambulant <input type="checkbox"/> Afsnit: _____	Funktionsniveau: Gående <input type="checkbox"/> Kørestol <input type="checkbox"/> I seng <input type="checkbox"/> Andet: _____ Acceptabelt undersøgelsestidspunkt: < 72 t. <input type="checkbox"/> < 3 uger <input type="checkbox"/> Vente <input type="checkbox"/> Andet: _____
--	---

Særlige ønsker til logistik mv.:	Til Internt brug: Aftalt tid til us: _____ Brev <input type="checkbox"/> Tlf. <input type="checkbox"/> _____ Brev <input type="checkbox"/> Tlf. <input type="checkbox"/> Henv. modtaget:
----------------------------------	---

Henvissende afd. og sygehus:	Sgh. kode:	Afsnitskode:	Tlf.:	Fax.:	
Henvissende læge	Navn	Dato:	Ydernr.:	Tlf.:	Kode:

# MR-centret – Metal og informationskema

Cpr.nr: \_\_\_\_\_ Navn: \_\_\_\_\_

Højde: \_\_\_\_\_ Vægt: \_\_\_\_\_

Henvissende læge skal gennemgå skemaet med patienten. Besvares en rubrik med JA, skal punktet specificeres

	NEJ	JA	Hvis JA – specificeres nedenfor
<b>Pacemaker eller efterladte pancelektroder</b>			Kontraindiceret
<b>Fastsiddende metalliske implantater fra lægelige indgreb</b> F.eks. clips i hjernen, aortastent, protese/implantat i ørerne, blærekateter med termoføler, neurostimulator eller baklofenpumpe.			Lokalisation: Type: Årgang:
<b>Andre metalliske fremmedlegemer</b> F.eks. metalsplinter i øjnene, metal fra granat/skud læsion, piercing, medicinsk plaster med metalfolie, metallisk tracheostomikanyle eller nål i port a cath.			Skal fjernes før undersøgelsen
<b>Klaustrofobi</b>			Beroligende medicin ordineres og gives af henvissende instans
<b>Overvægt</b>			Største omkreds inkl. arme:           cm Største skulderbredde:                cm
<b>Lejringsproblem</b> Fladt, roligt rygleje kan være problematisk, f.eks. ved svær kyfose, svær dyspnø, smerter eller ufrivillige bevægelser.			
<b>Graviditet</b>			Graviditetsuge på henvisningstidspunkt:
<b>Hjerterytm<sup>1</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Langt QT-syndrom eller</li><li>• Medicin som forlænger kardiell repolarisering eller</li><li>• Ukorrigeret hypokaliæmi</li></ul>			
<b>Nyresygdom<sup>2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kendt nyresygdom</li><li>• Prædisponeret til nyresygdom (f.eks. diabetes)</li></ul>			e-GFR (alternativt P-kreatinin) og dato:

<sup>1</sup>Risiko for arytmie efter MR-kontrast, <sup>2</sup>Risiko for udvikling af nefrogen systemisk sclerose (NSF) efter MR-kontrast

Uddybende oplysninger:

---

---

---

Udfyldt af: \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

(Læge, Afd)

Ved mangelfuld udfyldning forbeholdes ret til returnering af henvisningen.