

MRI scan vragenlijst

Afdeling radiologie

U of uw kind ondergaat binnenkort een MRI-onderzoek. U heeft van ons informatie over dit onderzoek gekregen. Vanwege uw veiligheid en/of een eventuele storing van het beeld vragen wij u dit formulier van te voren volledig in te vullen. U levert het formulier in bij de medewerker van de afdeling radiologie.

Heeft u in uw lichaam metaalhoudende, elektrische, magnetische voorwerpen zoals:	ja	nee
Een pacemaker / onderhuidse defibrillator (ICD) of interne hartritme-monitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een kunsthartklep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een bloedglucosemeter of een insulinepomp die direct in of op uw huid is aangebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een binnenoor implantaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een port-a-cath (inwendig toedieningssysteem voor medicatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een tijdelijke borstprothese (permanente borstprothese is geen probleem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achtergebleven draden na verwijderd implantaat (pacemaker/ICD/neurostimulator/pomp of iets soortgelijks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een inwendige pomp/implantaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Kans op) metaalsplinter(s), kogeltje(s) of ander metalen voorwerp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een kunstlens waarbij metalen clips zijn gebruikt (bij staaroperatie worden géén metalen clips gebruikt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een aneurysmaclip in het hoofd van vóór 2001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een implantaat in de kaak met magneetjes om uw kunstgebit vast te houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere clips, stents of drains elders in het lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u andere implantaten ?

.....

Diverse vragen:	ja	nee
Bent u (mogelijk) zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u afhankelijk van een rolstoel of tillift?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u in het verleden een allergische reactie op MRI-contrast (gadolinium) gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u nierfunctiestoornissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u claustrofobisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u moeilijk te prikken dat speciale voorzorgsmaatregelen nodig zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u kortgeleden (korter dan 3 maanden) geopereerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zijn er nog bijzonderheden die u ons wilt melden?.....

.....

(Metalen) voorwerpen zoals haarspelden, sieraden, bril, gehoorapparaat, horloge, bankpas, munten, mobiele telefoon **mogen niet de onderzoekruimte in!**

naam:	geboortedatum:
lengte:.....cm gewicht:.....kg	
handtekening:.....	bij begeleiding handtekening ouder/verzorger:

Door de laborant in te vullen:

Naam patiënt:	
Geboortedatum:	
Zisnummer:	
Datum onderzoek:	

Contrastmiddel	Gadovist / Dotarem / Primovist	
Soort -, merknaam		
Totale hoeveelheid		
Lotnummer contrast		
Klaargemaakt door		
Gecontroleerd door		
Ingespoten door (+ dubbelcheck)	paraaf:	paraaf:
Reacties op contrastvloeistof	ja	nee
Toegediende medicatie		
Gevolgen voor patiënt		
Is er afgeweken van het protocol	ja	nee
Zo ja, de reden:		

Medicatie (indien van toepassing)

Buscopan	dosis.....	paraaf:	paraaf:
	dosis.....	paraaf:	paraaf:
	dosis.....	paraaf:	paraaf:
	dosis.....	paraaf:	paraaf: