

SJEKKLISTE FØR MR UNDERSØKELSE

Navn/ Name:	
Fødselsdato / Date of birth:	
Vekt / Weight:	

	JA (Yes)	NEI (No)	TILLEGGSSOPPLYSNINGER (Additional information)
Pacemaker? ICD (hjertestarter)? <i>Cardiac pacemaker/implanted cardioverter defibrillator</i>			
Hjerteoperert? / <i>Cardiac surgery</i>			
Stentet? / <i>Stent?</i>			
Operert i øynene, ørene eller hodet? / <i>Have you had surgery to the eyes, ears or head?</i>			
Metall eller implantater i kroppen etter tidligere kirurgi? / <i>Metal or implants in your body from previous surgery</i>			
Har du noe av metall i kroppen (hagl, prosjektiler, sveisesplinter etc.) / <i>Is it possible that there are other metal objects in your body (Bullet, welding-splinters etc)</i>			
Nevrostimulator? / <i>Neurostimulator</i>			
Brystimplantat med ventil? / <i>Breast implant with valve?</i>			
Insulin/morfin pumpe? / <i>Insulin/morphine pump?</i>			
Medikamentplaster? Hvis ja angi navn. <i>Medication patches? If yes, please specify</i>			
Gravid? / <i>Pregnant?</i>			
Metall som kan fjernes (Høreapparat, tannprotese, hårspanner, parykk, magnetiske øyevipper o.l.) / <i>Removable metal (Hearing aid, dentures, hair clips, wig, magnetic eyelashes etc.)</i>			
Tatovering/permanent sminke? <i>Tattoos/permanent makeup?</i>			
Klaustrofobi / <i>Claustrophobia?</i>			

Dato _____

Signatur pasient _____

Dato _____

Signatur radiograf _____