

## HENVISNING TIL MR-SKANNING MED I.V. KONTRAST

CPR-nr. : Navn:

Adresse :

**MR-skanning af:**

Vægt: Kg:

Tidligere operationer: **NEJ:** \_\_\_\_ **JA:** \_\_\_\_\_ (hvilke, hvornår)

**Hvis patienten er 65+ år, har nyresygdom eller der er mistanke herom, skal der foretages en serum-kreatinin.**

Svar på blodprøve:

Serum-kreatinin: \_\_\_\_\_ GFR: \_\_\_\_\_

**Kontraindikationer:** (Sæt kryds)

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| 1. Pacemaker – Hjerterklapprotese:  | <b>JA</b> __ | <b>NEJ</b> __ |
| 2. Implanterede hjælpemidler:<br>(f.eks. neurostimulator, øretransplantat, insulinpumpe, metallisk tracheostomikanyle)                            | <b>JA</b> __ | <b>NEJ</b> __ |
| 3. Katetre med metal:<br>(f.eks. port-à-cath, Swan Ganz, P-dialyse kateter, ventriculoatriale og peritoneale shunts, blærekateter med termoføler) | <b>JA</b> __ | <b>NEJ</b> __ |
| 4. Metalclips eller proteser fra kirurgisk indgreb:<br>(f.eks. neuroclips, abdominalclips, metalproteser i hofte eller knæ, ...)                  | <b>JA</b> __ | <b>NEJ</b> __ |
| 5. Desorganiseret metallisk materiale:<br>(f.eks. metalsplinter i øjnene, granatsplinter, skudlæsioner)   | <b>JA</b> __ | <b>NEJ</b> __ |
| 6. Graviditet:  | <b>JA</b> __ | <b>NEJ</b> __ |
| 7. Klaustrofobi:  | <b>JA</b> __ | <b>NEJ</b> __ |
| 8. Allergi:   | <b>JA</b> __ | <b>NEJ</b> __ |
| 9. Nyresygdom:  | <b>JA</b> __ | <b>NEJ</b> __ |

**Henvisende læge:** \_\_\_\_\_ Ansvarlig for kontrol af eventuelle kontraindikationer samt blodprøve

\_\_\_\_\_  
Dato Navn