

## HENVISNING TIL MR-SKANNING UDEN IV KONTRAST

**CPR-nr.** : **Navn:**

**Adresse** :

**MR-skanning af:**

Vægt: Kg:

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

**Kontraindikationer:** **JA**\_\_\_\_ **NEJ**\_\_\_\_

**Eventuelle kontraindikationer:** Anføres herunder:

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

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

\_\_\_\_\_  
Dato            Navn