

Frågeformulär MR-säkerhet: forskningsperson

MR-undersökning är förenad med speciella risker varför vissa frågor måste besvaras innan vi kan ta ställning till om undersökningen kan genomföras. Var vänlig fyll i detta formulär med mycket viktiga frågor och lämna det till oss när du kommer till MR-kameran.

Patientens personnummer_____
Patientens namn

- | | JA | NEJ |
|--|--|--|
| 1. Har du blivit opererad i hjärtat eller hjärnan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du någon gång fått metallsplitter eller metallflisor, t.ex. i ögonen eller annan del av kroppen?
Om JA , var? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Är du gravid eller ammar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du eller har du haft något av följande i kroppen? Markera i rutan framför. | | |
| <input type="checkbox"/> Protes | <input type="checkbox"/> Stag | <input type="checkbox"/> Skruvar |
| <input type="checkbox"/> Stent | <input type="checkbox"/> Metallclip | <input type="checkbox"/> Shunt |
| <input type="checkbox"/> Pump | <input type="checkbox"/> Nervstimulator | <input type="checkbox"/> Blodsockermätare |
| <input type="checkbox"/> Hörapparat | <input type="checkbox"/> Hörselbensprotes | <input type="checkbox"/> Cochlea-implantat |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Annan metall eller elektrod | |
| Om JA , vad/var? _____ | | |
| 5. Ange Längd: _____ cm Vikt: _____ kg | | |

Om du har svarat **JA** på någon av ovanstående frågor vill vi att du skickar ett SMS till oss snarast på telefonnummer: 0722-022215. Ange i SMS:et vad ärendet gäller. Vi ringer sedan upp dig så snart vi kan.

Att ovanstående uppgifter är korrekta intygas:

Datum_____
Patientens/målsmans namnteckning

Ifylls av MR-personal

Kontrollerat: _____

Signatur MR-personal