

## SJEKKLISTE II FØR 7T MR UNDERSØKELSE

Navn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Vekt (kg): \_\_\_\_\_ Høyde (cm): \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Les nøye gjennom sjekklisten og svar nøyaktig. Ved eventuelle spørsmål eller usikkerhet vedrørende de ulike punktene, spør personalet/radiograf ved 7T senteret:

Har du tidligere blitt operert (inkludert kikkhullskirurgi og laparaskopi)? JA  NEI

Sett et kryss på tegningen til høyre for å vise hvor

Når og hvor ble du operert? Dato: \_\_\_\_\_ Sykehus: \_\_\_\_\_

Har du i løpet av de siste 6 ukene gjort endoskopi/kapselendoskopi? JA  NEI

Har du noen gang fått metallsplinter inn i kroppen din? JA  NEI

Sett en runding på tegningen til høyre for å vise hvor

Har metallsplintene blitt tatt bort, og eventuelt når? \_\_\_\_\_

Har du noen form for metall eller elektronikk innoperert i kroppen?

Stent / klaff (t.ex. aortastent) JA  NEI

Klips i hjernen eller andre steder i kroppen JA  NEI

Metalliske fremmedlegemer i øye JA  NEI

Pacemaker / implantert hjertestarter JA  NEI

Insulin/morfin/ eller annen pumpe JA  NEI

Hørseprotese/cochlea implantat JA  NEI

Shunt, dren eller veneport (Port-a-cat) JA  NEI

Leddprotese / annen protese / Metallplater eller skruer JA  NEI

Nervestimulatore (feks vagus, DBS) eller annen stimulator JA  NEI

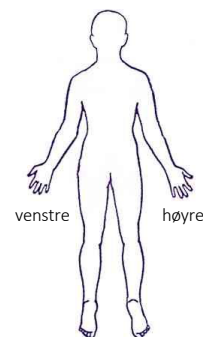
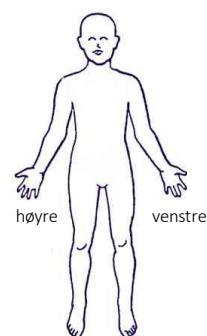
Brachyterapi med radioaktive korn eller implantat JA  NEI

Tannregulering, bøyle, protese, implantat e.l. JA  NEI

Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_

Kjente metalliske fremmedlegemer andre steder i kroppen JA  NEI

Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_



Har du tatovering?	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>
<i>Spesifiser hvor på kroppen: _____</i>		
For kvinnelige deltagere: Er du gravid/mulighet for at du kan være gravid?	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>
<b>FØR du går inn i MR-rommet må du skifte alle klær (bortsett fra underbukse/truse) og ta på slåbrokk. Alt løst metall inkludert piercinger, briller, smykker, klokke, hårstrikk og spenner må fjernes. Sminke må fjernes (vi har sminkefjerner).</b>		
Jeg bekrefter herved at jeg vil skifte klær og fjerne alt av metall og sminke?	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>

<p><b>Fylles ut av pasient:</b></p> <p>Jeg har lest og forstått innholdet i skjemaet og hatt mulighet til å stille spørsmål ved uklarheter: <input type="checkbox"/></p> <p>Underskrift: _____ Dato: _____</p>
--

<p><b>Fylles ut av personalet på 7T senteret:</b></p> <p>Hvem har utført screening: _____</p> <p>Det er ingen kontraindikasjoner som tilsier at MR undersøkelse ikke kan utføres: <input type="checkbox"/></p> <p>MR undersøkelse kan ikke gjennomføres pga relative og/eller absolutte kontraindikasjoner: <input type="checkbox"/></p> <p>Angi årsak: _____</p> <p>Underskrift: _____ Dato: _____</p>
---