

## Voorschrift magnetische resonantie (MR)

Indien geen etiket: VE:

Naam: \_\_\_\_\_ **Patiëntenetiket**

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

 Bed  Te voet zonder begeleiding Rolstoel  Te voet met begeleiding Monitoring + VK  Geen monitoring Aërogene isolatie Aërogene-contactisolatie Contactisolatie Druppelisolatie Druppel-contactisolatie Bijzondere contactisolatie (MRSA)

### (1) Relevante klinische inlichtingen

### (2) Diagnostische vraagstelling

### (3) Relevante bijkomende inlichtingen

 Allergie  Diabetes  Dialysepatiënt  implantaat  Transplantpatiënt  Zwangerschap  Andere:

(nier, lever of pancreas)

Nierinsufficiëntie

 Ja, GFR:(GFR < 30ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)

### (4) Contra-indicaties

- Absolute:  Metalen voorwerp in oog
- Mogelijke:  Intracraniale ingreep voor aneurysma  Middenoorprothese
- Conditioneel:  Deep Brain Stimulator (DBS)  Neurostimulator
- Pacemaker/ defibrillator  Cochleair implantaat/ BAHA
- Tongstimulator
- pacemaker: als aanvrager bevestig ik dat de pacemaker NMR-compatibel is; gegevens worden meegegeven.

### (5) Voorgestelde onderzoeken

### (6) Vorige relevante onderzoek(en) in verband met diagnostische vraagstelling

 CT  NMR  RX  Echografie  Andere:  Onbekend

### (7) Datum:

(1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) en (8) bij de wet verplicht in te vullen  
(cfr. RIZIV-bepalingen per 01.03.2013)

**(8) Stempel + handtekening  
met vermelding van naam,  
voornaam, adres en RIZIV-  
nummer**

STEMPEL

Tel. contact aanvrager:

# Vragenlijst magnetische resonantie



☎ 050 36 53 85

✉ radiologie@stlucas.be

Ben je al geopereerd en zo ja, welke ingreep, waar en wanneer?

Heb je angst in kleine ruimtes, zoals liften? \_\_\_\_\_

Zo ja, heb je medicatie voor dit onderzoek genomen en wat? \_\_\_\_\_

Heb je ooit een MR-onderzoek gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heb je een pacemaker?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heb je een metalen hartklep?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Ben je ooit geopereerd aan de bloedvaten van het hoofd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heb je een metalen voorwerp (vb. splinter ) in de buurt van het oog? Metaalbewerker?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heb je permanente of getatoeëerde oogschaduw?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heb je een oorimplant - cochleaimplantaat of een verwijderbaar hoorapparaat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heb je een insuline- of morfiepompje of sensor glucose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heb je een neurostimulator?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heb je orthopedisch materiaal in het lichaam? (metalen prothese, nagels, bouten, schroeven, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heb je enig ander voorwerp ingeplant gekregen? zo ja, welk? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Lijd je aan een nierziekte of ben je aan de nierdialyse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Wat is je gewicht (schatting volstaat)	_____ kg	

Wat zijn je huidige klachten?

Indien je gelocaliseerde pijn hebt, gelieve te melden waar:

## ENKEL VOOR VROUWEN

Ben je mogelijk zwanger?  ja  neen

Geef je momenteel borstvoeding?  ja  neen

Enkel voor MR-mammografie (borstsonderzoek):

- Datum laatste menstruatie: \_\_\_\_\_
- Pilgebruik? \_\_\_\_\_
- Indien je borstprotheses hebt: zijn dit siliconeprotheses of waterprotheses? (omcirkel)

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

- Heb je nog vragen? Stel ze gerust aan de verpleegkundige die je verder zal helpen.
- Elk metalen voorwerp (uurwerk, munten, haarspelden, sleutels, broeksriem) dient achter te blijven in het kleedhokje!
- Piercings en hoorapparaten MOETEN verwijderd worden! Zoniet gebeurt het onderzoek op eigen risico:

Handtekening voor akkoord: \_\_\_\_\_

- Het onderzoek gebeurt in een magnetisch veld.