

Vragenlijst voorafgaand aan NMR/MRI onderzoek

In het kader van dit onderzoek en uw veiligheid is het belangrijk dat u onderstaande vragen correct en volledig invult. Zo kunnen alle mogelijke tegenaanwijzingen voor de uitvoering van dit onderzoek worden opgespoord. Indien dit document niet volledig is ingevuld, kan het onderzoek niet doorgaan. Dit is in het belang van uw veiligheid.

1	Heeft u een pacemaker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
2	Heeft u een ingeplante defibrillator?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
3	Heeft u een middenoorimplantaat/cochleair implantaat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
4	Heeft u een geïmplanteerde medicatiepomp, insulinepomp, neurostimulator, pijnpomp, VP-drain, ventrikelshunt, ... ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
5	Heeft u metalen voorwerpen elders in het lichaam zoals hagel, kogels, ... ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Indien u ja antwoordt op één van de vragen van 1 tot en met 5, kan het onderzoek **niet** doorgaan.

6	Heeft u gewerkt in de metaalsector of hebt u mogelijk metaalsplinters in het oog?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7	Heeft u een hartklep (identificatiekaartje)? Indien ja, metalen of biologische	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Indien u ja antwoordt op vraag 6 en/of 7 moet u contact opnemen met de dienst MRI.

8	Werd u ooit geopereerd? Indien ja, welke ingreep en wanneer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
9	Heeft u orthopedisch materiaal in uw lichaam? Indien ja, welke.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
10	Heeft u enig ander implantaat in het lichaam? Indien ja, welke.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
11	Heeft u tandprothesen (kunstgebit) / / hoorapparaten / piercings?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12	Werd bij u een medicatieklever aangebracht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
13	Heeft u een (contrast)allergie? Indien ja, welke.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
14	Heeft u een stoornis van de nierfunctie (nierinsufficiëntie)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
15	Heeft u reeds een MRI-onderzoek gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
16	Bent u claustrofobisch (bang voor kleine ruimtes)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
17	Kan u 30 minuten stilliggen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
18	Bent u (mogelijk) zwanger of geeft u borstvoeding? (MRI-onderzoek wordt NIET uitgevoerd tot en met de eerste 3 maanden van de zwangerschap)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

BELANGRIJK!

- Het onderzoek kan gewoon doorgaan wanneer u vullingen of kronen in de mond heeft. Dit geldt ook voor gewrichtsprothesen.
- Mascara kan metaaldeeltjes bevatten. Indien u voor een MRI van het hoofd komt, wordt u verzocht geen mascara te dragen.
- Piercings, sieraden en hoorapparaten moeten voor het onderzoek verwijderd worden.

Bij twijfel of vragen, verwittig dan de MRI verpleegkundige.

Hierbij verzeker ik dat bovenstaande informatie correct en nauwkeurig is op de datum van het onderzoek en geef ik toestemming tot uitvoering van het onderzoek.

Naam:

Lengte: cm

Gewicht:..... kg

Datum:...../...../.....

Gelezen en goedgekeurd

(Handtekening patiënt)