

Röntgen
Höglandssjukhuset Eksjö

Namn.....

Personnummer.....

Frågor att besvara inför magnetkameraundersökning**Om någon av frågorna besvarats med Ja, ska du oavsett tidigare MR-undersökning kontakta oss snarast på MR-sektionen, tel. 010 – 243 52 20**

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du eller har du haft pacemaker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du något av följande i kroppen? (Obs! Tandlagningar är ok).
Blodsockermätare och insulinpump ska tas bort inför undersökningen! | | |
| • Proteser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, ange var..... | | |
| OBS! Om du har en protes i undersökningsområdet ta kontakt med MR-sektionen på numret ovan snarast . | | |
| • Metallclips, shunt eller tandställning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, ange vad | | |
| • Medicinpump, neurostimulator eller annat elektriskt eller batteristyrkt implantat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, ange vad | | |
| 3. Har du skadats av metallsplitter eller dylikt, tex fått metallflisa i ögat, granatsplitter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, ange vad..... | | |
| 4. Har du genomgått operation i hjärtat, huvudet eller öronen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, ange vad..... | | |
| 5. Har du myastenia gravis (sällsynt muskelsjukdom) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kvinnor: Är du gravid/ammar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. För undersökningen behövs uppgifter om längd och vikt. | | |
| Längd:..... cm Vikt:..... kg | | |

Ta med ifyllt formulär och fotolegitimation på undersökningsdagen!.....
Datum.....
*Underskrift patient**eller*.....
Ansvarig läkare