

Röntgen
Värnamo sjukhus

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 – 241 04 00.**

	Ja	Nej
1. Har du eller har du haft pacemaker?	☐	☐
2. Har du något av följande i kroppen? (Obs! Tandlagningar är ok). Blodsockermätare och insulinpump ska tas bort inför undersökningen!		
• Protiser	☐	☐
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	☐	☐
Om Ja, ange vad		
• Medicinpump, neurostimulator eller annat elektriskt eller batteristyrkt implantat.	☐	☐
Om Ja, ange vad		
3. Har du skadats av metallsplitter eller dylikt, tex fått metallflisa i ögat, granatsplitter?	☐	☐
Om Ja, ange vad.....		
4. Har du genomgått operation i hjärtat, huvudet eller öronen?	☐	☐
Om Ja, ange vad.....		
5. Har du myastenia gravis (sällsynt muskelsjukdom)	☐	☐
6. Kvinnor: Är du gravid/ammar?	☐	☐
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