

Röntgen  
Länssjukhuset Ryhov

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 – 242 33 89**

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

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

eller

.....  
*Ansvarig läkare*