

VOORSCHRIFT MAGNETISCHE RESONANTIE (MR)

(2de verdieping)

Indien geen etiket: VE:

Naam:

Geboortedatum:

<input type="checkbox"/> Bed	<input type="checkbox"/> Te voet zonder begeleiding
<input type="checkbox"/> Rolstoel	<input type="checkbox"/> Te voet met begeleiding
<input type="checkbox"/> Monitoring + VK	<input type="checkbox"/> Geen monitoring

<input type="checkbox"/> Aerogene isolatie	<input type="checkbox"/> Aerogene-contactisolatie	<input type="checkbox"/> Contactisolatie
<input type="checkbox"/> Druppelisolatie	<input type="checkbox"/> Druppel-contactisolatie	<input type="checkbox"/> Bijzondere contactisolatie (MRSA)

(1) Contra-indicaties:

- **Absolute:** pacemaker, metalen voorwerp in oog, geïmplanteerde pompen of neurostimulatoren, cochleair implant
- Mogelijke:

<input type="checkbox"/> intracranieële ingreep voor aneurysma	<input type="checkbox"/> vena cava filter < 6 weken
<input type="checkbox"/> middenoorprothese	<input type="checkbox"/> zwangerschap < 16 weken

Niersinsufficiëntie: Ja, GFR:

(2) Aard van onderzoek (*):

(3) Klinische gegevens:

(4) Datum:

(1),(2),(3),(4) en (5) bij de wet verplicht in te vullen
(cfr. RIZIV-bepalingen per 1.1.1990)

(5) RIZIV-nr. en handtekening aanvragende arts

In te vullen door radiologie:

- (*) Alle verpleegkundige handelingen uit te voeren volgens instructies/procedures/staande orders op intranet en afdeling radiologie
- Medisch voorschrift bij afwijkingen op instructies/procedures/staande orders:

Initialen uitvoerders:

Opmerkingen over of tijdens het onderzoek:

Dr. L. Verhaeghe RIZIV 1-33893-64-930 Handtekening:	Dr. T. De Schrijver RIZIV 1-72686-71-930 Handtekening:	Dr. K. Ramboer RIZIV 1-34748-82-930 Handtekening:	Dr. H. Goris RIZIV 1-17982-67-930 Handtekening:	Dr. P. Dekimpe RIZIV 1-35746-54-930 Handtekening:	Dr. P. Vandaele RIZIV 1-36108-80-930 Handtekening:	Dr. K. Geldof RIZIV 1-36463-16-930 Handtekening:
---	--	---	---	---	--	--

Bent u reeds geopereerd en zo ja welke ingreep, waar, wanneer ?		
Hebt u angst in kleine ruimten zoals liften ? Zo ja, hebt u medicatie voor dit onderzoek genomen en wat?		
Hebt u ooit een MR-onderzoek gehad ?	0 ja	0 neen
Hebt u een pacemaker ?	0 ja	0 neen
Hebt u een metalen hartklep ?	0 ja	0 neen
Bent u ooit geopereerd aan de bloedvaten van het hoofd ?	0 ja	0 neen
Hebt u een metalen voorwerp (splinter ed.) in de buurt van het oog ?	0 ja	0 neen
Hebt u permanente of getatoeëerde oogschaduw ?	0 ja	0 neen
Hebt u een oorimplant – cochleaimplantaat of een niet te verwijderen hoorapparaat ?	0 ja	0 neen
Hebt u een insuline- of morfine pompje ?	0 ja	0 neen
Hebt u een neurostimulator ?	0 ja	0 neen
Hebt u orthopedisch materiaal in het lichaam ? (metalen prothese, nagels, bouten, schroeven ?...)	0 ja	0 neen
Hebt u enig ander voorwerp ingeplant gekregen ? Zo ja, welk?	0 ja	0 neen
Bent u mogelijk zwanger ?	0 ja	0 neen
Hebt u een ernstige hartkwaal ?	0 ja	0 neen
Lijdt u aan een nierziekte ?	0 ja	0 neen
Wat is uw gewicht (schatting volstaat) kg	
Wat zijn uw huidige klachten ?		
Indien u gelokaliseerde pijn hebt, gelieve te vermelden waar :		

Datum/...../.....

Uw handtekening,

- Hebt u nog vragen ? Stel deze gerust aan de verpleegkundige die u verder zal helpen.
- Elk metalen voorwerp (uurwerk, munten, haarspelden, sleutels, broeksriem) dient achter te blijven in het kleedhokje! Piercings MOETEN verwijderd worden!
- Het onderzoek gebeurt in een magnetisch veld!