

VOORSCHRIFT MAGNETISCHE RESONANTIE (MR)

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

(1) Relevante klinische inlichtingen

(2) Diagnostische vraagstelling

(3) Relevante bijkomende inlichtingen

<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dialysepatiënt	<input type="checkbox"/> implantaat	<input type="checkbox"/> Transplantpatiënt	<input type="checkbox"/> Zwangerschap	<input type="checkbox"/> Andere:
(nier, lever of pancreas)						
Nierinsufficiëntie <input type="checkbox"/> Ja, GFR: (GFR < 30ml/min/1,73 m ²)						

(4) Contra-indicaties

- Absolute: meeste pacemakers, metalen voorwerp in oog, meeste geïmplanteerde pompen en neurostimulatoren, cochleair implantaat		
- 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

(5) Voorgestelde onderzoeken

(6) Vorige relevante onderzoek(en) in verband met diagnostische vraagstelling

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> NMR	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> Echografie	<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Onbekend
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

(7) Datum: (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) en (8) bij de wet verplicht in te vullen (cfr. RIZIV-bepalingen per 01.03.2013)	(8) Stempel + handtekening met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer <div style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">STEMPEL</div>
--	--

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. P. Vandaele RIZIV 1-36108-80-930 Handtekening:
--

Dr. A. Van Holsbeeck RIZIV 1-37008-53-930 Handtekening:	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. K. Geldof RIZIV 1-36463-16-930 Handtekening:
---	---	--	---	---	---	--

VRAGENLIJST MAGNETISCHE RESONANTIE

Bent u reeds geopereerd en zo ja, welke ingreep, waar en 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? ja neen

Hebt u een pacemaker? ja neen

Hebt u een metalen hartklep? ja neen

Bent u ooit geopereerd aan de bloedvaten van het hoofd? ja neen

Hebt u een metalen voorwerp (splinter ed.) in de buurt van het oog? Metaalbewerker? ja neen

Hebt u permanente of getatoeëerde oogschaduw? ja neen

Draagt u een (EMLA-)pleister op de huid? ja neen

Hebt u een oorimplant - cochleaimplantaat of een niet te verwijderen hoorapparaat? ja neen

Hebt u een insuline- of morfinepompje? ja neen

Hebt u een neurostimulator? ja neen

Hebt u orthopedisch materiaal in het lichaam? ja neen

(metalen prothese, nagels, bouten, schroeven, ...?)

Hebt u enig ander voorwerp ingeplant gekregen? ja neen

zo ja, welk?

Bent u mogelijk zwanger? ja neen

Hebt u een ernstige hartkwaal? ja neen

Lijdt u aan een nierziekte? ja neen

Wat is uw gewicht (schatting volstaat)

Enkel voor MR-mammografie (borstsonderzoek):

Datum laatste menstruatie:

Pilgebruik?

Wat zijn uw huidige klachten?

.....

Indien u gelocaliseerde pijn hebt, gelieve te melden 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!