

## Verplichte vragenlijst patiënten MR onderzoek

Uw arts heeft een MR onderzoek aangevraagd. Hiervoor wordt u in een sterk magnetisch veld gebracht.

**In het kader van dit onderzoek en uw veiligheid is het belangrijk dat u onderstaande vragenlijst correct en zo volledig mogelijk invult zodat mogelijke tegenaanwijzingen vóór de uitvoering van het onderzoek kunnen worden opgespoord.**

Gelieve dit formulier mee te brengen en af te geven aan de persoon die het onderzoek uitvoert. Indien dit document niet volledig is ingevuld kan het onderzoek in het belang van uw veiligheid niet doorgaan.

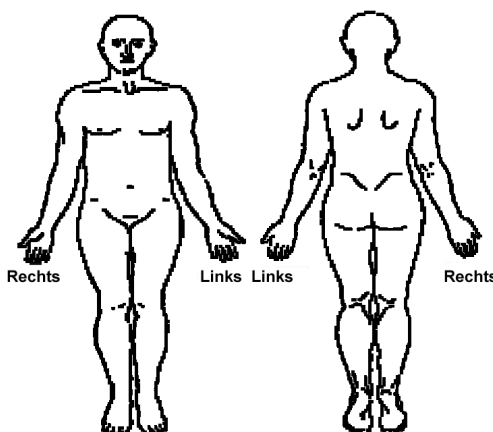
1. Heeft u een pacemaker of een ingeplante defibrillator?	Ja	Neen
2. Heeft u een oorimplantaat/cochleair implantaat	Ja	Neen
3. Heeft u een insuline- of geïmplanteerde pomp, neurostimulator, VP-drain?	Ja	Neen
4. Heeft u metaalresten in het oog (ijzerschilfers) of metaal elders in het lichaam (kogel, hagel, granaatscherf, pin, plaat, tijdelijk borstimplantaat met magnetische poort)?	Ja	Neen
<p><b>INDIEN U 'JA' HEEFT GEANTWOORD OP MINSTENS 1 VAN DE 4 <u>BOVENSTAANDE</u> VRAGEN, GELIEVE ZO SNEL MOGELIJK CONTACT OP TE NEMEN MET DE DIENST RADIOLOGIE TIJDENS DE KANTOORUREN OP HET NUMMER 016/34 36 60.</b></p>		

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 5. Draagt u, als diabetespatiënt, een sensorsticker voor glucosemeting? <b>Gelieve contact op te nemen op het nummer 016/34 36 59 of 016/34 36 60 voor het inplannen van uw afspraak zo dicht mogelijk bij de dag waarop u uw sticker verwisselt.</b> |    |      |
| 6. Heeft u een hoorapparaat?  | Ja | Neen |
| 7. Heeft u een kunstklep?   | Ja | Neen |
| 8. Heeft u een gewrichtsprothese, tandprothese of kunstgebit?   | Ja | Neen |
| 9. Heeft u een poortkatheter?   | Ja | Neen |
| 10. Heeft u een hersenoperatie ondergaan?   | Ja | Neen |
| 11. Heeft u een bloedvatoperatie ondergaan / katheter geplaatst?  | Ja | Neen |
| 12. Heeft u een orgaantransplantatie ondergaan?   | Ja | Neen |
| 13. Heeft u medicatie- of andere plakkers op het lichaam?   | Ja | Neen |
| 14. Heeft u een tatoeage, (permanente) oogmake-up of piercing?  | Ja | Neen |

Gelieve ook de achterzijde / tweede bladzijde te lezen, in te vullen en te ondertekenen

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 15. Draagt u een pruik/haarextenties, spuit u haarverf op kale plekken? | Ja | Neen |
| 16. Heeft u allergie voor contraststof?                                 | Ja | Neen |
| 17. Bent u zwanger of geeft u borstvoeding?                             | Ja | Neen |
| 18. Heeft u last van slecht werkende nieren? (nierinsufficiëntie)?      | Ja | Neen |
| 19. Heeft u glaucoom (verhoogde oogdruk)?                               | Ja | Neen |
| 20. Reageerde u ooit op Buscopan (spierontspanner)?                     | Ja | Neen |

**Op de tekening kan u aanduiden waar u een ingreep ondergaan heeft :**



**Gelieve alle metalen voorwerpen (piercings en juwelen) te verwijderen van uw lichaam en deze in de kleedkamer achter te laten samen met uw identiteitskaart, bankkaarten, muntstukken, riemen, sleutels en GSM.**

*Indien u piercings of juwelen draagt die u niet eenvoudig kan verwijderen, gelieve dit te melden aan het beeldvormend personeel.*

*Gouden/zilveren ringen die u niet eenvoudig kan verwijderen, mogen aan de hand blijven.*

**IK VERKLAAR DAT BOVENSTAANDE INFORMATIE JUIST EN NAUWKEURIG IS OP DE DATUM VAN HET ONDERZOEK.**

Naam patiënt:..... Lengte:...m.....cm Gewicht:.....kg

Geboortedatum patiënt: .....

Naam (patiënt of ouder/voogd of arts)

Datum **onderzoek**

Handtekening

.....

.../.../.....

.....