

 Oslo universitetssykehus Avdeling for radiologi og nukleærmedisin	Pasientnavn / fødselsnummer (Må fylles ut)	
		Høyde:
		Vekt:

MR sjekkliste		
VIKTIGE OPPLYSNINGER OM PASIENTEN	Ja	Nei
Intrakranielle vaskulære klips		
Metall-fremmedlegeme i øyet		
Cochlea (øre) implantat		
Nevrostimulator		
Pacemaker, ICD eller intern elektrode etter dette		
Ekstern pacemaker elektrode		
Metall etter tidligere kirurgi (klips, hjerteklaff, shunt, aorta stentgraft, protese, plater, skruer, tannregulering, etc.)		
Metall som kan fjernes (gebiss, proteser, sminke, piercing)		
Vaskulært kateter av metall (må evt. skiftes til plast)		
Nedsatt nyrefunksjon		
Graviditet 1. trimester		
Graviditet 2. eller 3. trimester		
Amming		
Klaustrofobi		
Kommunikasjonsproblemer		
Ute av stand til å ligge på ryggen		
Tatovering		
Spesifiser hvis ja på ett eller flere ovenstående spørsmål		
<i>F.eks. Typebetegnelse implantat, når og hvor implantert?</i>		
Sjekkliste må være fullstendig utfylt før MR-undersøkelse kan gjennomføres		

Ovenstående opplysninger bekreftes
<hr/> Dato, signatur henvisende lege Calling:

OUS – prioriteringer
<ol style="list-style-type: none"> Øyeblikkelig hjelp Utredning før behandlingsbeslutning for pasient med rett til prioritert helsehjelp Evaluering kurativ behandling Kontroll etter behandling med kurativ konsekvens Evaluering palliativ behandling Pasienter uten rett til prioritert helsehjelp

For Radiologisk avdeling					
Undersøkelse	Lab	Dato	Klokkeslett	Radiograf	Radiolog