

Screeningslijst voor een MRI-onderzoek

In de MRI-ruimte heerst een sterk magnetisch veld. Voordat u deze ruimte mag betreden moeten we weten of u metalen voorwerpen in uw lichaam heeft. Sommige metalen kunnen de beeldkwaliteit nadelig beïnvloeden of in zeldzame gevallen zelfs gevaarlijk voor u zijn. Daarom verzoeken wij u de onderstaande lijst zorgvuldig in te vullen, te ondertekenen, mee te nemen en in te leveren bij de laborant(e) die het onderzoek uitvoert.

Als u een van de onderstaande vragen met “JA” aankruist, wilt u dan tussen 08:30 en 11:30 uur contact opnemen met de MRI-afdeling, telefoon 0592-325449?

- | | Ja | Nee |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Heeft u een pacemaker, ICD, ILR, Reveal of oude pacemakerdraden?
<i>Als u een bovenstaand implantaat heeft dat wel in de MRI mag, wilt u dan ook contact met ons opnemen?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Heeft u een kunsthartklep die voor 1975 is geïmplantateerd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heeft u een insulinepomp en/of -sensor, neurostimulator of een ander elektrisch apparaat/pomp geïmplantateerd gekregen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Heeft u een expander (oprekken van huidweefsel) in uw borst geïmplantateerd gekregen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Heeft u clips in de bloedvaten? (Stents mogen wel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Heeft u claustrofobie? (angst voor kleine ruimtes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Heeft u metaalsplinters in het lichaam?
<i>(implantaten voor een klikgebit mogen wel)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bent u in verwachting of denkt u dit te zijn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Geeft u borstvoeding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Heeft u een port-a-cath? (infuus in de borstholte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Draagt u gips of hars om uw arm of been? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Heeft u gehoorbeentjes geïmplantateerd gekregen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Als u een van de onderstaande vragen met “JA” aankruist, hoeft u geen contact op te nemen met de afdeling Radiologie.

- | | Ja | Nee |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Bent u in het verleden geopereerd, waarbij metalen en/of kunststof materialen zijn ingebracht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bent u allergisch voor bepaalde stoffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Heeft u ooit een ernstige reactie gehad op een contrastmiddel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wat is uw gewicht? | | kg |

Naam + voorletters

Geboortedatum

Datum

Handtekening