



Afdeling Radiologie  
Telefoon: 010-2585975

Patiëntgegevens

**In te vullen door aanvragend arts**

- Zwangerschap
- Bloedverdunners
- Allergie

**VERPLICHT ook achterzijde invullen**

**In te vullen door Radiologie**

Gevraagd onderzoek:

Datum

Tijd

Radioloog

Laborant

**1.**

**2.**

**3.**

**4.**

Klinische gegevens:

Opmerkingen Radiologie:

Vraagstelling:

Aanvragend arts:

Sein/telefoonnummer:

Namens specialist:

Naam geraadpleegd radioloog:

i.v.m.  Spoedaanvraag  Oncologie

Datum aanvraag:

Handtekening aanvrager:

**DEMO**

- Ja
- Nee

**Indien sedatie gewenst, contact opnemen met sein \*8116000**

# Screening MRI onderzoek

MRI onderzoek vindt plaats met behulp van een zeer sterke magneet.

Bepaalde voorwerpen (metaal) verstoren het MRI beeld en kunnen tevens gevaar voor de patiënt opleveren. Het is daarom zeer belangrijk dat onderstaande vragen worden ingevuld door de aanvragend arts. Indien een (of meer) vragen met "ja" worden beantwoordt dient de aanvragend arts overleg te plegen met de radioloog.

**Niet ingevulde screening komt niet in aanmerking voor onderzoek.**

## Eventuele Contra-indicaties: (bij twijfel overleg)

	Ja	Nee		Ja	Nee
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehoorbeenprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemakerdraden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulinepomp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hersenclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aortaclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Electroden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carotidenclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metaalsplinters in oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aneurysmaclips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magnetische gebitsprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere voorwerpen, nl.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunst hartkleppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vaatstent < 2 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Granaatscherven of splinters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### Patiënt

	Ja	Nee
Zwangerschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claustrofobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewicht: ..... kg

### MRI met contrast

	Ja	Nee
Hepatorenaal syndroom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(kandidaat) levertransplantatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie voor Gadolinium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recent (< 6 wkn) GFR ...../aangevraagd		

Datum aanvraag:

Handtekening aanvragend arts: