

MRI vragenlijst

IDENTIFICATIEKLEVER

Uw arts heeft voor u een MRI-onderzoek aangevraagd. Hiervoor wordt u in een sterk magnetisch veld gebracht. **Voor uw veiligheid is het belangrijk onderstaande vragenlijst (voor- én achterkant) correct en volledig in te vullen.** Indien u twijfelt, of één van de vragen niet kunt beantwoorden, gelieve dan uitleg te vragen aan het beeldvormend personeel vóór u de MRI onderzoeksruijme binnengaat. **De MRI magneet staat altijd aan!**

1. Heeft u een pacemaker of ingeplante hartdefibrillator (ICD)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
2. Heeft u een neurostimulator/pijnpomp/insulinepomp?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
3. Heeft u een binnenoorimplantaat/cochleair implantaat?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
4. Heeft u aneurysmaclips of een ventrikelshunt?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
5. Heeft u een metalen fragment (bv. metaalsplinter) in uw oog?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
6. Heeft u een borstexpander expander (= tijdelijke prothese met het oog op reconstructie)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>

7. Heeft u een hoorapparaat?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
8. Heeft u een kunstklep (hartklep)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
9. Heeft u orthopedisch materiaal (knieprothese, heupprothese,..)	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
.....		
10. Heeft u een kunstgebit/tandimplantaten/orthodontisch materiaal?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
11. Heeft u een poortkatheter (port-à-cath)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
12. Heeft u medicatie- of andere plakkers op uw lichaam?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
13. Heeft u een tatoeage, permanente make-up of een piercing?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
14. Heeft u een metalen voorwerp in uw lichaam (hagel, kogel, metaalsplinter, ...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
15. Heeft u een allergie voor medicatie of contraststof?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
16. Bent u ooit geopereerd? Zo ja: waarvoor?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
.....		
17. Heeft u ooit een hersenoperatie ondergaan?.....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
18. Heeft u ooit een rugoperatie ondergaan?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
19. Heeft u ooit een bloedvatoperatie ondergaan (stent, filter, endoprothese, Swan-Ganz katheter)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
20. Heeft u ooit een hartoperatie ondergaan?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>

ZIE OMMEZIJDE

DRFO0668 – versie 09/08/2022

21. Heeft u ooit een orgaantransplantatie ondergaan? Ja Neen
22. Heeft u last van slecht werkende nieren (nierinsufficiëntie)? Ja Neen
23. Heeft u last van een slecht werkende lever (leverinsufficiëntie)? Ja Neen
24. Bent u claustrofoob (bang in kleine ruimtes)? Ja Neen
25. Heeft u epilepsie? Ja Neen
26. Heeft u glaucoom (oogziekte)? Ja Neen
27. Draagt u een pruik/haargestuk/hair extensions? Ja Neen
28. Draagt u, als diabetespatiënt, een sensor sticker voor glucosemeting? Ja Neen

Indien ja, gelieve dan contact op te nemen met de dienst Medische beeldvorming (089/32.50.50) om uw MRI-afspraak in te plannen zo dicht mogelijk bij de dag waarop u uw sticker verwisselt

Voor vrouwelijke patiënten:

29. Bent u (mogelijk) zwanger? Ja Neen
30. Geeft u borstvoeding? Ja Neen

Gelieve alle metalen voorwerpen (piercings, juwelen, horloge, haarspeldjes, ...) te verwijderen van uw lichaam en deze in de kleedkamer achter te laten samen met uw identiteitskaart, bankkaarten, muntstukken, sleutels, GSM, riem, hoorapparaat, tandprothese en bril. Indien u piercings of juwelen draagt die u niet kan verwijderen, gelieve dit dan te melden aan het beeldvormend personeel.

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

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

Geboortedatum patiënt: .../.../..... Datum onderzoek: .../.../..... Handtekening:

Naam + handtekening wettelijke vertegenwoordiger/arts (*indien patiënt minderjarig/wilsonbekwaam*)

.....

Checklist voor medewerker MRI afdeling:

- Dubbele patiëntidentificatie
- Vragenlijst: vragen 1-5 zijn negatief beantwoord. Indien niet: correcte actie toegepast.
- Type onderzoek
- Juiste lichaamszijde

Initialen (Qdoc-code)