



Henvisende lege/kiropraktor/fysioterapeut/avdeling/poliklinikk

Pasientens fødselsnummer

Etternavn, Fornavn

Gateadresse

Smittefare

Gravid

Postnr./sted

Diabetes

Tlf.nr.

Kontrast-allergi

Tidligere us.

Annet:

Problemstilling, relevante kliniske opplysninger og lab. svar:

NB! Se sjekkliste neste side

Ønsket undersøkelse

Dato/underskrift

<i>Kontrast</i>	<i>Mengde</i>	<i>Kl.</i>	<i>Spes.anm.</i>	
<i>Oppgjør</i>	<i>Dato</i>	<i>Kode</i>	<i>Radiograf</i>	<i>Radiolog</i>

SVAR

Kontraindikasjoner	Ja	Nei	Nødvendige pasientopplysninger	Ja	Nei
Pacemaker			Implantert metall, tidligere kirurgi		
Intrakranielle vasculære clips			Klaustrofobi		
Metall/fremmedlegeme i øyet			Intravenøs kanyle av metall (byttes)		
Cochlea (øye)implantat			Insulin/morfin-pumpe		
Graviditet			Metall som kan fjernes (gebiss, protese, sminke)		
Nevrostimulator			Kommunikasjonsproblemer		
Hjerteventiler av magnetisk materiale			Ute av stand til å ligge på rygg eller mage i ca. 30min.		
Vekt over 160kg					

Evt.kommentarer

Dato:	Rekvirentens signatur: