

MRI vragenlijst-toestemmingsformulier

Uw behandelende arts heeft voor u een MRI-onderzoek aangevraagd. Hiervoor wordt u in een zeer sterk magneetveld gebracht. Hierdoor kunnen bepaalde implantaten, apparaten of voorwerpen schade aan u toebrengen, achteraf niet meer werken, niet meer correct werken of een negatieve invloed hebben op de MRI-procedure. Als u na het invullen van dit formulier nog vragen of twijfels hebt, stel ze dan gerust aan de verpleegkundige/beeldvormer. Als u dit formulier vooraf thuis invult dan kan u telefonisch contact nemen op het nummer 050 45 21 01 voor bijkomende informatie (E-mail kan ook via RX.afspraken@azsintjan.be). Doe dit zeker als je JA hebt aangeduid bij pacemaker of defibrillator, neurostimulator, pijnpomp of een ander elektronisch apparaat. Het kan u een nutteloze verplaatsing besparen. Een MRI-onderzoek wordt in principe niet uitgevoerd tijdens de zwangerschap. Van dit principe kan in bepaalde gevallen afgeweken worden.

Duid aan wat voor u van toepassing is:

1. Heeft u een pacemaker of defibrillator?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
2. Heeft u een neurostimulator/pijn pomp/insulinepomp?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
3. Heeft u een 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 (metaalsplinter) in uw oog?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
6. Heeft u een hoorapparaat?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
7. Heeft u een kunstklep (hartklep)?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
8. Heeft u een knieprothese, heupprothese, ...?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
9. Heeft u een poortkatheter (aangeprikt)?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
10. Heeft u een medicatiepleister (Morfine, Nitroglycerine,...)?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
11. Heeft u een uitneembaar kunstgebit?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
12. Heeft u een tatoeage of piercing?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
13. Heeft u een verminderde nierfunctie?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
14. Bent u een dialysepatiënt?	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 bang in een kleine ruimte (claustrofobie)?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>
17. Vrouwelijke patiënten: bent u (mogelijk) zwanger?	JA <input type="checkbox"/>	NEEN <input type="checkbox"/>

Mijn gewicht is ongeveerkg

Keerzijde invullen a.u.b.



Vooraleer de onderzoeksruimte te betreden moeten alle metalen voorwerpen (hoorapparaten, kunstgebit, sleutels, gsm, bril, haarspelden, juwelen, piercings, horloge, veiligheidsspelden, paperclips, muntstukken, kredietkaarten, kaarten met magneetstrip, balpen, zakmes of andere metaalhoudende voorwerpen) achtergelaten worden in de omkleedruimte.

De verpleegkundige/beeldvormer zal u eerst de nodige uitleg geven en dit ingevuld formulier samen met u overlopen. Gelieve pas daarna uw hoorapparaat te verwijderen!

Er is gehoorbescherming voorzien (oordoppen of koptelefoon) want een MRI-onderzoek gaat immers gepaard met veel lawaai.

Mochten er nog vragen zijn, aarzel dan niet om de verpleegkundige/beeldvormer aan te spreken.

Verklaring van de patiënt

Ik verklaar ingelicht te zijn over het doel, de aard en de mogelijke risico's van het onderzoek. Ik verleen hierbij mijn toestemming voor de uitvoering van het MRI-onderzoek.

naam (patiënt of ouder/voogd of zorgverlener)

datum + uur

.....

handtekening

.....

Checklist voor medewerker MRI-afdeling:

- dubbele patiëntenidentificatie
- vragen 1-5 zijn met NEEN beantwoord. Indien niet: correcte actie toegepast. Indien twijfel of het onderzoek toch mag doorgaan ondertekent de verantwoordelijke radioloog dit formulier
- juiste lichaamszijde

Initialen beeldvormer

