

## Vragenlijst aan patiënten voor MRI

In het kader van dit onderzoek en uw veiligheid is het belangrijk dat u onderstaande vragenlijst correct en zo volledig mogelijk invult zodat mogelijke tegenaanwijzingen vóór de uitvoering van het onderzoek kunnen worden opgespoord.

Indien dit document niet volledig is ingevuld, kan het onderzoek in het belang van uw veiligheid niet doorgaan.

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Hebt u een pacemaker?   | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 2. Hebt u een ingeplante defibrillator?  | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 3. Hebt u een middenoorimplantaat/chochleair implantaat?                         | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 4. Hebt u een geïmplanteerde insulinepomp, neurostimulator (pijnpomp), VP-drain? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 5. Bent u (was u) tewerkgesteld in de metaalbewerking?                           | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 6. Hebt u een metaalfragment in uw oog of elders in het lichaam?                 | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 7. Hebt u in het verleden al een MRI-onderzoek gehad?                           | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 8. Hebt u een metalen hartklep?   | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 9. Hebt u een Vena Cava filter (paraplu filter)?                                | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 10. Bent u reeds geopereerd aan een verbreding van een bloedvat (aneurysma)?    | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 11. Hebt u orthopedisch materiaal in het lichaam? (heupprothese, schroeven,...) | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 12. <b>Bent u reeds geopereerd?</b>   | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

Zo ja, welke **ingreep** en **wanneer**?

.....  
 .....

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 13. Hebt u enig ander implantaat in het lichaam?                 | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, welk.....   |                             |                               |
| 14. Hebt u een nier- of hartaandoening (bv: nierinsufficiëntie)? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 15. Bent u claustrofoob?   | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 16. Bent u zwanger of geeft u borstvoeding?                      | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 17. Hebt u een allergie voor een contraststof?                   | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

**Gelieve alle metalen voorwerpen (hoorapparaat, uitneembare tandprothese(n), piercings en juwelen) te verwijderen van uw lichaam en deze in de kleedkamer achter te laten samen met uw identiteitskaart, bankkaarten, muntstukken, riem, sleutels en GSM.**

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

**Naam patiënt:**.....

**Lengte:** .....cm

**Gewicht:**.....kg

**Datum onderzoek**

**Gelezen en goedgekeurd (Handtekening)**

...../...../.....

.....