

AMBULANT (identiteitskaart meebrengen)

Geslacht:

M V

Naam, voornaam

Straat en nr.

Postnr. - Gemeente

STEMPEL OF ETIKET

GEHOSPITALISEERD

Geslacht:

M V

Naam, voornaam

Kamer

Transport van patiënt

bed rolstoel te voet

zuurstof

isolatie:

Alle rubrieken dienen correct te worden ingevuld door de aanvragende geneesheer (conform KB 19/12/2012).

Één aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist.

AANVRAGENDE GENEESHEER

(stempel verplicht)

datum
handtekening

BELANGRIJKE GEGEVENS

Werd uw patiënt(e) reeds eerder geopereerd? Zo ja: Welke ingreep? Wanneer?

CONTRA-INDICATIES VOOR HET MRI ONDERZOEK:

pace-maker, neurostimulator, aneurysmaclip, insulinepomp, cochleair implantaat, claustrofobie

BELANGRIJKE GEGEVENS (het onderzoek wordt niet uitgevoerd zonder klinische gegevens)

AANGEVRAAGD ONDERZOEK

Slechts één onderzoek aanduiden

Hersenen

Rotsbeenderen

Hypofyse

Orbitae

Hals

MRCP (nuchter)

Bovenbuik (nuchter)

Onderbuik

CWZ

TWZ

LWZ

SIG

Musculoskeletaal systeem (specifieer) :

NMR ANGIO:

Hoofd

Hals

Thorax

Abdomen

Ledematen

ANDERE: (specifieer)

Indien u **niet** of **niet tijdig** op de afspraak kan zijn, laat ons dit dan zo spoedig mogelijk weten via het nummer 014/40.61.50.

Herhaald verzuim kan aanleiding geven tot het in rekening brengen van 26,50 euro per gemist onderzoek.

Vergeet niet de vragenlijst op de achterzijde van deze onderzoeksaanvraag in te vullen.

Risicofactoren voor toediening contraststof + relevante bijkomende inlichtingen:

Allergie voor contraststof of allergische constitutie

Nierinsufficiëntie eGFR (klaring) < 60 ml/min

Mogelijke zwangerschap

CVA of hartinfarct < 6 maanden oud

Diabetes met micro-angiopathie

Heparine behandeling

Ernstige hartinsufficiëntie

Multiple myeloom (Kahler)

Implantaat

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling:

CT MRI RX Echografie Andere:

Onbekend

Opmerkingen:

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. Bent u reeds geopereerd? (arthroscopie is ook een operatie !) | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
- Zo ja, welke ingreep en wanneer?
-
-

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 13. Hebt u enig ander implantaat in het lichaam?
Zo ja, welk | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 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, riemen, sleutels en GSM.

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

Naam patiënt: Gewicht: kg
Lengte: cm

Datum onderzoek / /

Gelezen en goedgekeurd
(Handtekening patiënt)