

MRI screeningsformulier

Bij MRI wordt gebruik gemaakt van een zeer sterk magneetveld, waardoor enkele voorzorgsmaatregelen nodig zijn. In verband met uw veiligheid verzoeken wij u onderstaande vragenlijst in te vullen. Graag aankruisen wat van toepassing is.

Naam	
Geboortedatum	
Wat is uw gewicht in kilogram?	KG

Geef aan wat voor u van toepassing is:

1.	Heeft u metaal(splinters) in uw lichaam (bijv. in uw ogen) door werkzaamheden in de metaalindustrie of door oorlogsgeweld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
2.	Heeft of had u een pacemaker / defibrillator (ICD) / leads / looprecorder / medicijn(insuline) pomp / hydrocephaluspomp?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
3.	Heeft u een neurostimulator (<i>Deep Brain Stimulator</i>)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
4.	Heeft u clips, shunts of stents in de bloedvaten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
5.	Heeft u een gehoorapparaat dat niet te verwijderen is (bijv. een cochleair implantaat of BAHA met magnetische bevestiging)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
6.	Heeft u tandtechnische constructies (beugels, draadjes, kunstgebit e.d.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7.	Heeft u een geïmplanteerde kunstlens, die voor 1990 is geplaatst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
8.	Heeft u een prothese voor het oprekken van de huid (<i>tissue expander</i>)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
9.	Heeft in het afgelopen half jaar een poliep in slokdarm, maag, dikke/dunne darm laten verwijderen of een bloeding in slokdarm, maag, dikke/dunne darm laten behandelen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
10.	Heeft u in de afgelopen zes weken een operatie gehad (ongeacht of hier metaal geplaatst of gebruikt kan zijn)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
11.	Heeft u ooit een operatie gehad waarbij metaal geplaatst kan zijn (b.v. kunstgewrichten)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12.	Heeft u tatoeages, piercings en/of permanente make-up?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
13.	Gebruikt u een <i>Continuous of Flash Glucose Monitoring System</i> ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
14.	Gebruikt u medicatiepleisters?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
15.	Draagt u antizweet / antimicrobiële kleding (met nanozilver) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
16.	Heeft u een spiraaltje? Indien het gaat om een Mirena spiraaltje, een Adiana silicone of Essure implantaat is dit geen probleem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
17.	Bent u zwanger of bestaat er een kans dat u zwanger bent?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
18.	Bent u claustrofobisch (angstig in een kleine ruimte)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
19.	Heeft u last van tinnitus (oorsuizen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Indien één van voorgaande vragen met JA is beantwoord, vragen we u zoveel mogelijk gegevens in te vullen:

Soort implantaat / apparaat:	
Fabrikant:	
Modelnaam / nummer:	
Naam ziekenhuis waar implantaat is geplaatst:	
Jaar operatie:	

21.	Heeft u kennis genomen van de schriftelijke informatie voor MRI onderzoek?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
22.	Heeft u de informatie begrepen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
23.	Indien er door MRI-onderzoek toevallsbevindingen zijn gedaan, willen wij uw huisarts hiervan berichten. Gaat u hiermee akkoord?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Verklaring

Ik verklaar dat ik bovenstaande vragen naar waarheid heb beantwoord. Ik heb het formulier gelezen en begrijp de gehele inhoud, en heb de kans gekregen om vragen te stellen over de informatie op dit formulier.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Gecontroleerd door
(naam en handtekening MRI uitvoerder):
Datum: