

## Förhandsinformationsformulär för magnetundersökning

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Vikt: \_\_\_\_\_ kg

Längd: \_\_\_\_\_ cm

Underskrift: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Innan undersökning måste alla metallföremål t.ex. klockor, smycken, hårnål, piercingar, bank- och kreditkort, elektronik (t.ex mobiltelefon, glukossensor och hörapparat), kläder med metalldelar (t.ex knapper, dragkedja) avlägnas från kroppen. Väska och skor lämnas i omklädningsrummet. Smink som innehåller metall (t.ex. crackle-nagellack och magnetiska fransar) bör också tas bort.

Du kan inte undersökas i magnetkamera om du har pacemaker (hjärtstimulator), insulinpump eller läkemedelspump eller metallsplitter i ögonen. I vissa fall måste glukossensor och medicinskt plåster avlägnas. Tandfyllningar/tandimplantat, ledproteser, stag, skruvar, steriliseringsclips eller spiral är inget hinder. Röntgensjukskötare granskar frågeformulären med dig före undersökningen. Denna procedur säkerställer en trygg magnetkameraundersökning.

Vid vissa undersökningar ges icke-jodhaltigt kontrastmedel som en injektion i handryggens ven för att optimera undersökningen. Kontrastmedlet innehåller inte jod. Kontrastmedlet utsöndras i urinen. Du får amma normalt.

	Ja	Nej
Har du pacemaker (hjärtstimulator) eller kvarliggande pacemekerelektroder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du blivit opererad? Om svaret är ja, vilken operation: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon metall i huvudet, ögat eller kroppen (metallprotes, protes i mellanörat, operationsclips, stentar, platinatrådar eller -slingor (s.k. coils), metallsplitter från granater eller annat, hörapparat, hörselprotes) Om svaret är ja, var har du metall: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använder du insulin- eller annan läkemedelspump eller epiduralstimulator, glukossensor, medicinskt plåster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du känd njursjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du känd bedövningsmedel-, kontrastmedel- eller läkemedel allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du svårt att vistas i trångt utrymme (klaustrofobi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fråga för kvinnlig patient, är du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om försäkringsbolaget betalar magnetundersökningen, får magnetundersökningens resultat skickas till försäkringsbolaget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>