

Inför din undersökning med Magnetkamera

Metallföremål i eller på kroppen kan orsaka allvarlig skada.

Om någon av nedanstående frågor besvaras med "Ja" **måste** Du därför kontakta oss även om du tidigare genomgått MR-undersökning.

Kosmetika bör undvikas då det kan innehålla metaller som stör vår bildtagning!

Tag med ifyllt formulär till besöket!

1. Har du pacemaker/ICD? Ja / Nej
2. Har du opererats i hjärtat, huvudet, öronen eller ögonen?
T.ex. shunt, kärlclips, hörselimplantat, ögonkirurgi (ej starr-op.)
Om Ja, vilken typ av operation? När och var?

3. Har Du någon form av metall, implantat eller elektrod i kroppen?
*t.ex. hjärtklaffprotes, splitter/kula, metallflisa, nitro/morfinplåster
nervstimulator, diabetes eller cytostatika pump?*
Om Ja, vad och var?

4. Har du någon gång fått metallsplitter i ögonen?
Om Ja, är det borttaget av sjukvården?
5. Är du opererad i någon del av kroppen den senaste månaden?
Om Ja, vilken typ av operation, När och var?

6. Har Du svårigheter att vistas i trånga utrymmen?
(Klaustrofobi. Om lugnande krävs tänk på att du ej får köra bil på 24 timmar)
7. Är du gravid eller ammande?
gäller kvinnor i fertil ålder

**Om du dagarna innan undersökning upplever sjukdomskänsla
Som t.ex. feber, hosta, eller halsont, är det viktigt att du kontaktar oss.**

Underskrift

Datum

Personnr

Jag väger

kg