

## MRI vragenlijst

IDENTIFICATIEKLEVER

Uw arts heeft voor u een MRI onderzoek aangevraagd. Hiervoor wordt u in een sterk magnetisch veld gebracht. **Voor uw veiligheid is het belangrijk onderstaande vragenlijst (voor- én achterkant) correct en zo volledig mogelijk in te vullen.** Indien u twijfelt, of één van de vragen niet kunt beantwoorden, gelieve dan uitleg te vragen aan het beeldvormend personeel vóór u de MRI onderzoeksruimte binnengaat. **De MRI magneet staat altijd aan!**

1. Heeft u een pacemaker of ingeplante hartdefibrillator (ICD)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
2. Heeft u een neurostimulator/pijnpomp/insulinepomp?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
3. Heeft u een binnenoorimplantaat/cochleair implantaat?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
4. Heeft u aneurysmaclips of een ventrikelshunt?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
5. Heeft u een metalen fragment (bv. metaalsplinter) in uw oog?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>

Gelieve ook onderstaande vragen correct te beantwoorden.

6. Heeft u een hoorapparaat?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
7. Heeft u een kunstklep (hartklep)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
8. Heeft u orthopedisch materiaal (knieprothese, heupprothese,..) .....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
9. Heeft u een kunstgebit/tandimplantaten/orthodontisch materiaal?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
10. Heeft u een poortkatheter (port-à-cath)?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
11. Heeft u medicatie- of andere plakkers op uw lichaam?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
12. Heeft u een tatoeage, permanente make-up of een piercing?	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
13. Heeft u een metalen voorwerp in uw lichaam (hagel, kogel, metaalsplinter, ...)? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
14. Heeft u een allergie voor medicatie of contraststof? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
15. Bent u ooit geopereerd? Zo ja: waarvoor? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
.....		
16. Heeft u ooit een hersenoperatie ondergaan?.....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
17. Heeft u ooit een rugoperatie ondergaan? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
18. Heeft u ooit een bloedvatoperatie ondergaan (stent, filter, endoprothese, Swan-Ganz katheter)? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
19. Heeft u ooit een hartoperatie ondergaan? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
20. Heeft u ooit een orgaantransplantatie ondergaan? .....	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>

21. Heeft u last van slecht werkende nieren (nierinsufficiëntie)? Ja  Neen
22. Heeft u last van een slecht werkende lever (leverinsufficiëntie)? Ja  Neen
23. Bent u claustrofoob (bang in kleine ruimtes)? Ja  Neen
24. Heeft u epilepsie? Ja  Neen
25. Heeft u glaucoom (oogziekte)? Ja  Neen
26. Draagt u een pruik? Ja  Neen
27. Heeft u een borst expander (= tijdelijke prothese met het oog op reconstructie)? Ja  Neen

Voor vrouwelijke patiënten:

28. Bent u (mogelijk) zwanger? Ja  Neen
29. Geeft u borstvoeding? Ja  Neen
30. Heeft u een spiraaltje? Ja  Neen
- Zo ja, welk type?  Mirena  Implanon  Levosert  Jaydess  
 Gynefix  Multiload  Flexi T  T-safe
- Andere: .....

**Gelieve alle metalen voorwerpen (piercings, juwelen, horloge, haarspeldjes, ...) te verwijderen van uw lichaam en deze in de kleedkamer achter te laten samen met uw identiteitskaart, bankkaarten, muntstukken, sleutels, GSM, riem, hoorapparaat, tandprothese en bril. Indien u piercings of juwelen draagt die u niet kan verwijderen, gelieve dit dan te melden aan het beeldvormend personeel.**

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

Naam patiënt:..... Lengte: ..... cm Gewicht: .....kg

Geboortedatum patiënt: .....

Naam (patiënt/wettelijke vertegenwoordiger/arts) Datum onderzoek Handtekening  
 ...../...../..... .....

Checklist voor medewerker MRI afdeling:

- Dubbele patiëntidentificatie
- Vragenlijst: vragen 1-5 zijn negatief beantwoord. Indien niet: correcte actie toegepast.
- Type onderzoek
- Juiste lichaamszijde

Initialen (Qdoc-code) .....