

**Sint-Trudo Ziekenhuis**Diestersteenweg 100
3800 Sint-TruidenSecretariaat radiologie:

t: 011 69 92 75

f: 011 69 92 90

AANVRAAGFORMULIER DIENST RADIOLOGIE

PER KLINISCHE VRAAGSTELLING IS EEN APART AANVRAAGFORMULIER VEREIST!

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT (*):

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht: M V **VOORGESTELD(E) ONDERZOEK(EN):** RX ECHO CT NMR mammografie ANDER:**RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN (*):****DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING (*):****RELEVANTE BIJKOMENDE INLICHTINGEN (*):**

- Diabetes
- Zwangerschap
- implantaat:
- Hepatitis B/C
- MRSA
- HIV
- Andere:

VORIGE RELEVANTE ONDERZOEKEN I.V.M. DE DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING (*):

- RX
- ECHO
- CT
- NMR
- Onbekend
- Andere:

VERPLICHTE INFORMATIE AANVRAGENDE ARTS BIJ CONTRASTONDERZOEKEN EN/OF INTERVENTIONELE ONDERZOEKEN

Duid aan indien van toepassing:

- Nierfunctie: (e)GFR > 60 ml/min.
- Nierfunctie: (e)GFR < 60 en > 30 ml/min.
- Nierfunctie: (e)GFR < 30 ml/min.
- Allergie

Datum bloedname:

Indien aanvraag voor drainage, punctie, arterio of biopsie:
controle stollingsparameters vóór het onderzoek.**STEMPEL VOORSCHRIJVER (*):**

(naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer zijn verplicht)

Datum:
Handtekening:

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking als alle verplichte rubrieken (aangeduid met (*)) correct ingevuld zijn door de aanvragende arts (cfr. RIZIV-bepalingen per 01/03/2013). Indien dit niet het geval is, kan de normale afwerking van het aangevraagde onderzoek vertraging oplopen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

NMR-VRAGENLIJST

Uw arts heeft een NMR-onderzoek aangevraagd. In het onderzoekslokaal is een sterk magnetisch veld aanwezig. **Alle metalen voorwerpen (ook uw uurwerk) dienen daarom in de kleedcabine te blijven.** Om in de meest veilige omstandigheden het onderzoek te kunnen uitvoeren, vragen wij u volgende vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen.

Identificatie patiënt (etiket)

Wat zijn uw huidige klachten?

Heeft u reeds een operatie of ingreep ondergaan? JA/NEEN

Zo ja, welke, waar en wanneer?

Heeft u ooit eerder al een NMR-onderzoek gehad? JA/NEEN

Zo ja, welk, waar en wanneer?

Wat is uw gewicht?

Bij onderstaande vragen omcirkelen wat van toepassing is:

- | | | |
|---|----|------|
| • Heeft u een <u>pacemaker</u> of pacemakerdraden? | Ja | Neen |
| • Onderging u in de voorbije 6 maanden een hartoperatie? | Ja | Neen |
| • Heeft u een metalen hartklep of een vena cava filter? | Ja | Neen |
| • Bent u geopereerd van een hersenaneurysma (bloedverwijding)? | Ja | Neen |
| • Heeft u implantaten in uw lichaam (insulinepomp, port-à-cath, neurostimulator, hoorapparaat, binnendoor- of cochleair implantaat, tandprothese...)? | Ja | Neen |
| • Heeft u orthopedisch materiaal in het lichaam (prothese heup/knie, rugoperatie, nagels, schroeven ...)? | Ja | Neen |
| • Heeft u enig ander implantaat? Zo ja welk? | Ja | Neen |
| • Bent u of was u metaalbewerker of heeft u metaalsplinters in het lichaam? | Ja | Neen |
| • Bent u zwanger? | Ja | Neen |
| • Heeft u nierproblemen? | Ja | Neen |
| • Bent u claustrofoob (angst in kleine ruimtes)? | Ja | Neen |

VRAGENLIJST CT-ONDERZOEKEN

Wat is uw gewicht?

Wat is uw lengte?

Wat zijn uw klachten?

Bij onderstaande vragen omcirkelen wat van toepassing is:

- | | | |
|--|----|------|
| • Heeft u ooit een foto laten maken of een onderzoek onder de scanner ondergaan waarbij een contraststof werd toegediend via een bloedvat? | Ja | Neen |
| Zo ja, heeft u toen allergisch gereageerd? | Ja | Neen |
| Welke reactie? Huiduitslag, ademhalingsproblemen, bewustzijnsverlies, zwelling aangezicht (omcirkel wat van toepassing is). Andere: | | |
| Hoelang geleden had u deze reactie? | | |
| • Heeft u ooit een zware allergische reactie gehad, bijvoorbeeld ademhalingsproblemen, zwelling aangezicht, hartstilstand ...? | Ja | Neen |
| Zo ja, op wat? | | |
| Heeft u een verminderde werking van de nieren? | Ja | Neen |
| • Heeft u suikerziekte (diabetes)? | Ja | Neen |
| Moet u hiervoor een van de volgende geneesmiddelen (tabletten) innemen: Glucophage®, Metformine®, Glucovance®, Metformax®? | Ja | Neen |
| • Bent u zwanger? | Ja | Neen |
| • Andere belangrijke bemerkingen? | | |

Naam en voornaam:

Datum:

Gelezen en goedgekeurd,
(handtekening)