

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

t: 011 69 92 75

f: 011 69 92 90

AANVRAAGFORMULIER DIENST RADIOLOGIE - MRI

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 MRI 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
- MRI
- 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 aanvrager 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.

VRAGENLIJST MRI

Uw arts heeft een MRI-onderzoek aangevraagd. In het onderzoekslokaal is een sterk magnetisch veld aanwezig. **Alle metalen voorwerpen (ook uw uurwerk) EN bankkaarten 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.

Wat zijn uw huidige klachten?

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

Zo ja, welk, waar en wanneer?

Wat is uw gewicht en uw lengte? kg m

Bij onderstaande vragen omcirkelen wat van toepassing is:

- Heeft u een pacemaker, pacemakerdraden of een ingeplante defibrillator? Ja Neen
- Heeft u een tandprothese (kunstgebit, implantaten) Ja Neen
Indien u een implantaat heeft, is dit magnetisch vastgemaakt? Ja Neen
- Heeft u een hoorapparaat? Ja Neen
- Bent u geopereerd aan:
 - Hart/bloedvaten:
 - Heeft u een metalen hartklep? Ja Neen
 - Bent u de laatste 6 weken geopereerd aan het hart/bloedvat? Ja Neen
 - Hersenen:
 - Clip voor bloedvatverbreding (aneurysma)? Ja Neen
 - Hersenstimulator? Ja Neen
 - Gehoorimplant (cochleair implant)? Ja Neen
 - Ventrikeldrain? Ja Neen
 - Rug:
 - Zenuwstimulator (tegen pijn)? Ja Neen
 - Discus? Ja Neen
 - Knie:
 - Meniscus? Ja Neen
 - Kraakbeen? Ja Neen
 - Welke zijde? Rechts Links
 - Andere operaties?
Zo ja welke, waar en wanneer?

- Heeft u een medicatiepomp (bv. insuline, morfine ...) of glucosesensor? Ja Neen
- Werd bij u een medicatieklever aangebracht? Ja Neen
- Heeft u een tatoeage, permanente oogmake-up of een piercing? Ja Neen
- Heeft u orthopedisch materiaal in het lichaam (bv. prothese knie/heup, nagels, schroeven ...)? Ja Neen
- Heeft u nog op andere plaatsen implantaten? Zo ja, welke, waar?

- Bent u of was u metaalbewerker of heeft u metaalsplinters in het lichaam? Ja Neen
- Bent u zwanger? Ja Neen
- Geeft u borstvoeding? Ja Neen
- Heeft u nierproblemen? Ja Neen
- Bent u claustrofoob (angst in kleine ruimtes)? Ja Neen

Naam en voornaam:

Datum:

Gelezen en goedgekeurd,
(handtekening)