

VRAGENLIJST RADIOLOGIE - MRI-ONDERZOEK

Uw arts heeft voor u een MRI-onderzoek aangevraagd. Om u in de meest veilige omstandigheden te onderzoeken, vragen wij u onderstaande vragenlijst in te vullen.

OPGELET: GELIEVE OOK DE ACHTERZIJDE TE LEZEN, IN TE VULLEN EN TE ONDERTEKENEN. BIJ EEN ONVOLLEDIG DOCUMENT KUNNEN WE IN HET BELANG VAN UW VEILIGHEID NIET STARTEN MET HET ONDERZOEK.

Hebt u medische apparatuur of implantaten?

	Nee	Ik twijfel	Ja
1. Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, hebt u die al langer dan 6 weken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, hebt u die al langer dan 6 weken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Had u in het verleden een pacemaker / defibrillator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, is er nog bedrading aanwezig in uw lichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vaatclips in de hersenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Elektroden in de hersenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Metaal in het oog (ijzerschilfers / metaalsplinters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Geïmplanteerde stimulators / medicatiepomp / drainagepomp / intracranieële druk-, temperatuur- en zuurstofsaturatiemeting / VP-shunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Blaas- en/of rectale temperatuurmeting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Geïmplantiseerd hoorapparaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mobiel (onderhuids) monitoringssysteem (vb. om de bloedsuikerwaarde te bepalen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Andere apparatuur/ implantaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien u 'ja' heeft geantwoord op minstens 1 van de bovenstaande vragen, gelieve dan de MRI-verpleegkundige/-technoloog te verwittigen of contact op te nemen met de dienst MRI (09 332 40 82).

Bijkomende vragen

	Nee	Ik twijfel	Ja
12. Bent u ooit geopereerd aan uw hart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hebt u een kunstmatige hartklep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bent u ooit geopereerd aan uw hoofd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bent u ooit geopereerd aan de rug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Andere recente én oude operatie(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke: _____			

17. Draagt u een haarstukje/pruik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hebt u reeds een radiologisch onderzoek gehad met een contraststof? (= kleurstof)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, hebt u dit goed verdragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nee	Ik twijfel	Ja
19. Hebt u metalen voorwerpen of splinters in uw lichaam? Zo ja, wat: (vb. hagel, kogel, implantaat, pin, plaat) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bent u metaalbewerker of lasser (beroepshalve / hobby)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Lijdt u aan nierinsufficiëntie (slechte nierfunctie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Draagt u een medicatiepleister op de huid (vb. Nitroderm of Nicopatch) of een zilververband?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hebt u glaucoom (verhoogde oogdruk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hebt u prostaatvergroting met ernstige plasmoeilijkheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bent u allergisch voor Buscopan®?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hebt u een piercing, tatoeage of permanente make-up?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hebt u een uitwendig hoorapparaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Bent u zwanger? Zo ja, hoeveel weken: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Draagt u een kunstgebit, tandprotheses of orthodontisch materiaal? Zo ja, bevestigd met magneten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Hebt u een poortkatheter (Port-a-cath)? Zo ja, in welk ziekenhuis werd deze poortkatheter geplaatst en wanneer? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ik geef toestemming voor het gebruik van mijn MRI-beelden voor wetenschappelijk onderzoek (voor statistische verwerking, beeldverwerking of wiskundige modellen). De dienst Radiologie van het UZ Gent mag mij hiervoor in de toekomst ook steeds persoonlijk, telefonisch of via e-mail contacteren. Mijn identiteit blijft verborgen voor iedereen die geen zorgrelatie met mij heeft. Ik kan deze toestemming te allen tijde intrekken zonder dat dat enige invloed heeft op de kwaliteit van mijn onderzoek. Meer info: diensthoofd Radiologie, secretariaat.radiologie@uzgent.be	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

U kan gebruikmaken van de **opbergkastjes in de voorbereidingsruimtes van de MRI** om uw waardevolle voorwerpen (identiteitskaart, bankkaarten, muntstukken, sleutels en gsm) op te bergen. Gouden en zilveren ringen hoeft u niet te verwijderen tot nader order.
Indien u nog vragen heeft, kan u steeds terecht bij de MRI-verpleegkundige/-technoloog of u kan contact opnemen met de dienst MR.

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

NAAM PATIËNT: _____ Lengte: _____

Gewicht: _____

(Indien van toepassing) Naam ouder / voogd / begeleider _____

HANDTEKENING: _____ DATUM: _____
(patiënt/ouder/voogd/begeleider)

Gereviseerd door MRI-verpleegkundige/-technoloog: _____ (initialen) _____ | _____ (paraaf)



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be