

RADIOLOGISK HENVISNING

Henvissende lege:	Pasient ID:
Adresse/ Avd:	Navn:
Postnr. / sted:	Adresse:
Tlf. / personsøker:	Postnr. / sted:
Dato: Signatur:	Telefon:



Kliniske opplysninger og problemstilling: Inneliggende Ø hjelp Annen grad av hast

Ønsket undersøkelse: **Bildene ønskes demonstrert for:**

Jeg ber om at radiolog endrer modalitet (us.metode) og evt. foretar supplerende undersøkelser hvor dette er medisinsk indisert.

Spesielle forhold: (Bevegelighet, rullestol, kommunikasjonsproblem, tolkebehov, smitte, må tas på stue etc.) **Graviditet?** Ja Nei
Trimester:

MEDISINSKE OPPLYSNINGER (for CT, MR, intervensjon og kontrastundersøkelser)

Kreatinin m/prøvedato Verdi: Dato: Høyde: Vekt: Nyrefrisk: Dato for siste kreatinin skal ikke være eldre enn 3 mnd. Ved nedsatt nyrefunksjon må kreatinin ikke være eldre enn 1 uke	Bruker blodfortynnende medikamenter? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Mammografi: avmerk palpable funn <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  </div> <div style="text-align: center;"> V  </div> </div>
	Hjertesvikt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
	Leversykdom? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Diabetes? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Metformin/Glucoophage e.l.l.? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Tidligere reaksjon på kontrastmiddel? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja: Type og når?

MR SJEKKLISTE			
Kontraindikasjoner / MR kan ikke utføres:	Nei	Relative kontraindikasjoner	Nei Ja Ja - spesifiser (type/årstall)
Pacemaker / Pacemaker Elektroder		Cerebral shunt/stent/coils/klips	
Cochlea- implantat		Aorta stentgraft	
Ferromagnetisk stapesprotese		Insulin-/morfinpumpe	
Metall – fremmedlegeme i øye		Utenfor CNS: Coils, klips, stent, hjerteklaff	Dato:
Neurostimulator		Metall, ortopediske implantater	
		Klaustrofobi	
		Smerter som må taes hensyn til	
		Problemer med å ligge på rygg	

TIL BRUK FOR RADIOLOGISK AVDELING

Prioritet:	Prosedyre:	Dato:	Signatur radiolog:
------------	------------	-------	--------------------

Elverum: tlf 62438755/ fax 62438804 **Hamar:** tlf 62537755/ fax 62537967 **Gjøvik:** tlf 61157181/ fax 61157481
Lillehammer: tlf 61272017/ fax 61272050 **Tynset:** tlf 62483090/ fax 62483001 **Kongsvinger:** tlf 62887110/ fax 62887135