

RX Knokke T +32 (0)50 534 700 - radiologie.kn@azzeno.be
F +32 (0)50 534 709
RX Blankenberge T +32 (0)50 534 680 - radiologie.bl@azzeno.be
RX Maldegem T +32 (0)50 532 030 - radiologie.maldegem@azzeno.be

AFSPRAAK

Datum:..... Uur:.....

nuchter niet nuchter

AANVRAAGFORMULIER MRI ONDERZOEK

IDENTIFICATIE VAN DE PATIËNT (invullen of etiket)

Naam

Geboortedatum/...../.....

Geslacht Man Vrouw

RELEVANTE KLINISCHE INLICHTINGEN

.....

DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING

.....

VOORGESTELD ONDERZOEK

“Een apart aanvraagformulier per klinische vraagstelling is vereist” KB.19.12.2012

.....

RELEVANTE BIJKOMENDE INFORMATIE

<input type="checkbox"/> MRI contrastallergie	<input type="checkbox"/> MRI compatibele hartklep: kaartje meebrengen
<input type="checkbox"/> (Mogelijke) zwangerschap	<input type="checkbox"/> Prothesemateriaal < 6 weken post- op
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ingrepen in gevraagde regio:.....
<input type="checkbox"/> Prothese na amputatie	<input type="checkbox"/> Geen anamnese mogelijk
<input type="checkbox"/> Geen	

VORIGE RELEVANTE ONDERZOEKEN in verband met deze diagnostische vraagstelling

RX CT ECHO MRI Geen Andere:.....

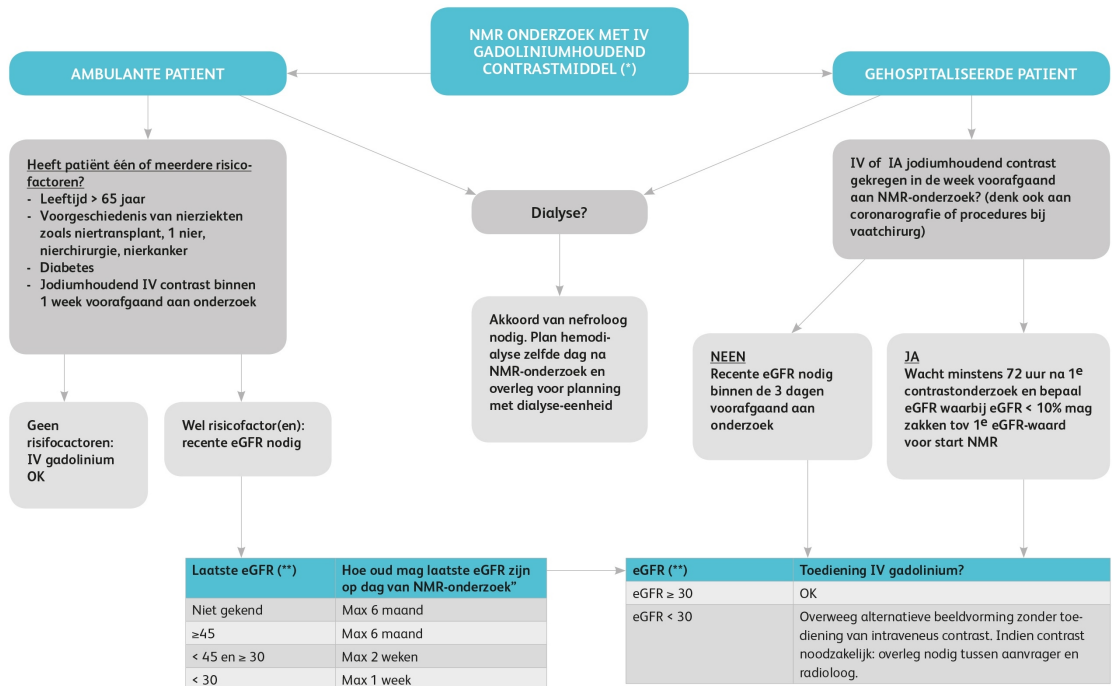
ABSOLUTE CONTRA INDICATIES VOOR MRI 3T

<input type="checkbox"/> Pacemaker, defibrillator	<input type="checkbox"/> Metaalsplinter in het oog
<input type="checkbox"/> Neurostimulator	<input type="checkbox"/> Morfine-/ insulinepomp
<input type="checkbox"/> Cochleair implantaat	<input type="checkbox"/> Metalen cerebrale aneurysma clips
<input type="checkbox"/> Geen	

NIERFUNCTIE RELEVANT BIJ IV GADOLINIUMTOEDIENING

AANVRAGENDE ARTS

<p>Verplicht in te vullen voor alle onderzoeken met IV contrast. Bij ontbrekende eGFR zal het onderzoek mogelijks zonder IV contrast worden uitgevoerd. Om te weten of recente eGFR-bepaling noodzakelijk is: zie schema op keerzijde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> eGFR bepaling niet noodzakelijk gezien ambulante patiënt zonder risicofactoren <input type="checkbox"/> eGFR bepaling wel noodzakelijk <p>eGFR:.....ml/min/1,73m² Datum afname:...../...../.....</p>	<p>Ik, ondertekenende dokter, bevestig dat ik bovengenoemde patiënt onderzocht heb en geen contra-indicaties voor dit MRI-onderzoek heb gevonden.</p> <p>Datum, handtekening en stempel met vermelding van naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer</p>
--	--



(*) Van dit schema kan worden afgeweken in urgente setting in het belang van de patiënt: gedocumenteerd overleg is nodig met verantwoordelijke radioloog. (versie 1.1 - februari 2017)

(**) eGFR wordt uitgedrukt in ml/min/1,73m²

IV = intraveneus, IA = intra-arterieel