

NMR - vragenlijst

Heeft u:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ▶ een pacemaker of defibrillator? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een hartkunstklep (kaartje of gegevens van de klep meebrengen)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een stent? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een levertransplantatie ondergaan? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een middenoorimplantaat (cochleair implantaat) of hoorapparaat? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een neurostimulator, pijnpomp of insulinepomp? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een tatoeage of vaste make-up? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een aneurysmaclip of ingreep op bloedvat in hersenen ondergaan? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ orthopedisch materiaal (prothese, schroeven,...) of implantaat? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een metalen voorwerp in oog (of bent u metaalwerker)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ een verwijderbare tandprothese of andere protheses? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ continue glucose monitoring (bij suikerziekte)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ claustrofobie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ andere? | | |

Lengte..... cm Gewicht: kg

Indien u een schouder, elleboog, pols, hand, heup, knie, enkel of voet NMR ondergaat:

- | | | | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| ▶ Heeft u reeds een operatie ondergaan in het onderzochte gewricht? | <input type="checkbox"/> Links | <input type="checkbox"/> Rechts | | | | |
| Indien ja: wanneer: | | | | | | |
| ▶ Indien ja: waarvoor: | <input type="checkbox"/> pezen | <input type="checkbox"/> meniscus | <input type="checkbox"/> kapsel | <input type="checkbox"/> bot | <input type="checkbox"/> kraakbeen | <input type="checkbox"/> ligamenten |
| ▶ Heeft u recent een ongeval of sporttrauma gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | | | |
| ▶ Heeft u een gekende reuma / jicht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | | | | |

Indien u een rug of nek NMR ondergaat:

- | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| ▶ Heeft u reeds een operatie ondergaan in de onderzochte regio? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Indien ja: wanneer: | | |
| ▶ Indien u pijn heeft: | <input type="checkbox"/> Links | <input type="checkbox"/> Rechts |
| ▶ Heeft u recent een ongeval of sporttrauma gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Voor vrouwelijke patiënten:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ▶ Bent u (mogelijk) zwanger? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ Geeft u borstvoeding? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Indien u een borst of MAMMO NMR ondergaat:

- | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| ▶ Heeft u reeds een borstoperatie ondergaan? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Indien ja: | | |
| ▶ Neemt u hormonale medicatie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ Bracht u een mammografie van een ander ziekenhuis mee? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| ▶ Kreeg u in de laatste 4 weken een (Covid)vaccin toegediend? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Indien ja, in welke arm?: | | |
| ▶ Datum eerste dag van de laatste regels/maandstonden: | <input type="checkbox"/> Links | <input type="checkbox"/> Rechts |

U komt dadelijk in een sterk magnetisch veld. Dat is volkomen veilig op voorwaarde dat u bovenstaande vragen volledig invult en alle metalen of magnetische voorwerpen (uurwerk, GSM, bankkaarten, sleutels, portefeuille,...) in de kleedruimte laat.

Naam:

Handtekening:

Datum:

.....