

vzw Emmaüs
AZ Voorkempen
Oude Liersebaan 4
2390 MALLE
Afspraak op/...../.....om.....

Aanvraagformulier MRI ROUTE F001

Radiologie-MBV
Dr. ARDIES P. - Dr. PLAS - Dr. OOMS
Dr. ARDIES L. - Dr. EYSELBERGS
Dr. VAN LOOVEREN
MRI 03-380 20 60

Naam: _____ Geboortedatum: _____ Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Voorna(a)m(en): _____ <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Afdeling Kamer	Stempel voorschrijver* RIZIV NUMMER Datum: Handtekening Contra indicaties MRI: <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Cochleair implantaat <input type="checkbox"/> Geimplanteerde pomp
---	---	---------------------------	---

*Stempel voorschrijver met vermelding van naam, woonnaam, adres, en RIZIV-nummer.

NEURO

- Schedel**
- hoofdpijn
 - CVA-ischemie
 - epilepsie
 - tumor / metastasen
 - trauma
 - hypofyse
 - MS screening / controle
 - orbita
 - dementie
 - andere

- NKO**
- fossa posterior
 - sinus
 - hals
 - kaakkopjes
 - andere

- THORACALE REGIO**
- thorax - mediastinum
 - andere

- ANGIOGRAFIE**
- aorta thoracalis
 - aorta abdominalis
 - halsbloedvaten
 - onderste ledematen
 - nierarteriën
 - mesenteriele vaten
 - andere

WERVELKOLOM

- Wervelkolom cervicaal**
- cervico-brachialgie
 - tumor
 - andere

- Wervelkolom thoracaal**
- dorsalgie
 - tumor
 - andere

- Wervelkolom lumbaal**
- lumbalgie / hernia
 - post operatief / tumor
 - andere

- ABDOMINALE REGIO**
- lever
 - milt
 - pancreas - galwegen MRCP
 - nieren
 - bijniëren
 - klein bekken
 - enterografie
 - prostaat
 - peri-anale fistel
 - rectum
 - andere

- SENOLOGIE**
- standaard
 - beoordeling borstprothese
 - andere

MUSCULOSKELETAAL

- Schouder R - L**
- plexus brachialis
 - rotator cuff / labrum / bicepspees
 - capsulitis / frozen shoulder
 - andere

- Bovenarm R - L**
-
- Elleboog R - L**
- standaard
 - biceps
 - nervus ulnaris
 - andere

- Pols R - L**
- carpal tunnel / post operatief
 - avasculaire necrose / artritis
 - peesletsel
 - kraakbeen / TFC / ligamenten
 - andere

- Hand R - L**
-

- Vinger R - L**
-
 - osteomyelitis
 - tumor bot-weke delen

- Bekken/Heup R - L**
- standaard
 - labrumletsel
 - avasculaire necrose
 - S.I.G.
 - prothese
 - andere

- Bovenbeen R - L**
-
- Knie R - L**
-
- Onderbeen R - L**
-

- Enkel R - L**
- standaard
 - achillespees / fasciitis plantaris
 - andere

- Voet R - L**
- diabetes / charcot
 - morton neuroma
 - stressfractuur
 - peesletsel
 - andere

- Teen R - L**
-

Voorgesteld(e) onderzoek(en): Relevante klinische inlichting(en): (verplicht invullen) Diagnostische vraagstelling: (verplicht invullen) 	<p>Motivatie voor uitvoering van MRI-scan VERPLICHT in te vullen. Het opvolgen van deze richtlijnen is de verantwoordelijkheid van de verwijzende arts!</p> <p>Meest recente</p> <ul style="list-style-type: none"> • creatinineklaring: • GFR: <p>Datum labo:</p> <p>Relevante bijkomende inlichtingen (Verplicht invullen)</p> <p>RISICOFACTOREN VOOR HET TOEDIENEN VAN CONTRASTSTOFFEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> contrastallergie <input type="checkbox"/> allergische voorbeschiktheid <input type="checkbox"/> hartfalen en recente hartbeschadiging <input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> geen <p>AANDACHTSPUNTEN VOOR VERPLEEGKUNDIGE RADIOLOGIE - MEDISCHE BEELDVORMING</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> besmette patiënt <input type="checkbox"/> zwangerschap <input type="checkbox"/> patiënt mag niet rechtstaan <input type="checkbox"/> metaalsector <input type="checkbox"/> beademde patiënt <input type="checkbox"/> powerpoort <input type="checkbox"/> implantaat <p>Indien blanco wordt dit beschouwd als 'GEEN relevante bijkomende inlichtingen'</p> <p>Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling (Verplicht invullen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> NMR <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Echografie <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Andere:
--	--

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking als alle verplichte rubrieken correct ingevuld zijn door de aanvragende arts, cfr. ZIV-wet artikel 22. Indien dat niet het geval is, kan de normale afwerking van het aangevraagde onderzoek vertraging oplopen. Achterzijde verplicht in te vullen door patiënt voor het aanmelden bij MRI.

Vragenlijst voorafgaand aan NMR/MRI onderzoek

In het kader van dit onderzoek en uw veiligheid is het belangrijk dat u onderstaande vragen correct en volledig invult. Zo kunnen alle mogelijke tegenaanwijzingen voor de uitvoering van dit onderzoek worden opgespoord. Indien dit document niet volledig is ingevuld, kan het onderzoek niet doorgaan. Dit is in het belang van uw veiligheid.

- | | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | Heeft u een pacemaker? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 2 | Heeft u een ingeplante defibrillator? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 3 | Heeft u een middenoorimplantaat/cochleair implantaat? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 4 | Heeft u een geïmplanteerde medicatiepomp, insulinepomp, neurostimulator, pijnpomp, VP-drain, ventrikelshunt, ... ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 5 | Heeft u metalen voorwerpen elders in het lichaam zoals hagel, kogels, ... ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Indien u ja antwoordt op één van de vragen van 1 tot en met 5, kan het onderzoek **niet** doorgaan.

- | | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------------------|
| 6 | Heeft u gewerkt in de metaalsector of hebt u mogelijk metaalsplinters in het oog? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 7 | Heeft u een hartklep (identificatiekaartje)?
Indien ja, metalen of biologische | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Indien u ja antwoordt op vraag 6 en/of 7 moet u contact opnemen met de dienst MRI.

- | | | | |
|----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 8 | Werd u ooit geopereerd?
Indien ja, welke ingreep en wanneer? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 9 | Heeft u orthopedisch materiaal in uw lichaam?
Indien ja, welke..... | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 10 | Heeft u enig ander implantaat in het lichaam?
Indien ja, welke..... | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 11 | Heeft u tandprothesen (kunstgebit) / / hoorapparaten / piercings? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 12 | Werd bij u een medicatieklever aangebracht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 13 | Heeft u een (contrast)allergie?
Indien ja, welke..... | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 14 | Heeft u een stoornis van de nierfunctie (nierinsufficiëntie)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 15 | Heeft u reeds een MRI-onderzoek gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 16 | Bent u claustrofobisch (bang voor kleine ruimtes)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 17 | Kan u 30 minuten stilliggen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 18 | Bent u (mogelijk) zwanger of geeft u borstvoeding?
(MRI-onderzoek wordt NIET uitgevoerd tot en met de eerste 3 maanden van de zwangerschap) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

BELANGRIJK!

- Het onderzoek kan gewoon doorgaan wanneer u vullingen of kronen in de mond heeft. Dit geldt ook voor gewrichtsprotheses.
- Mascara kan metaaldeeltjes bevatten. Indien u voor een MRI van het hoofd komt, wordt u verzocht geen mascara te dragen.
- Piercings, sieraden en hoorapparaten moeten voor het onderzoek verwijderd worden.

Bij twijfel of vragen, verwittig dan de MRI verpleegkundige.

Hierbij verzeker ik dat bovenstaande informatie correct en nauwkeurig is op de datum van het onderzoek en geef ik toestemming tot uitvoering van het onderzoek.

Naam:

Lengte: cm

Gewicht:..... kg

Datum:...../...../.....

Gelezen en goedgekeurd

(Handtekening patiënt)