|  |  |
| --- | --- |
|  | **Aanvraag MRI - onderzoek**Dr Vanlede Ph. – Dr Deschepper C. – Dr Deltour P - Dr De Ruyter N. – Dr Van Borsel M.**MRI afspraken via secretariaat radiologie 051/ 33 40 81** |

Zich aanmelden in :

|  |  |
| --- | --- |
|  Az Delta – campus WilgenstraatWilgenstraat 2 - 8800 RoeselareDienst medische beeldvormingTel 051/23 70 19 |  Sint-Andries Ziekenhuis TieltBruggestraat 84 – 8700 TieltDienst Medische BeeldvormingTel 051/42 50 30  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PATIENTENKLEVER** | **STEMPEL AANVRAGEND GENEESHEER**Datum : Handtekening : |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * pacemaker / defibrillator
 | * pijnpomp
 | * contrastallergie I
 | * zwanger
 | * MRSA
 | * te voet
 |
| * neuro- / zenuwstimulator
 | * insulinepomp
 | * contrastallergie Gd
 | * borstvoeding
 | * TBC
 | * bed
 |
| * deep brain stimulator
 | * blaasstimulator
 | * nierinsufficientie
 |  |  | * rolstoel
 |
| * cochleair implant
 | * penisimplantaat
 |  | * monitoring / beademend / tractie
 |
| **als een van bovenstaande devices aanwezig is, vul achterzijde in** |  |

**Klinische inlichtingen :** ........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

**Diagnostische vraagstelling :** ........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

**Relevante voorgaande onderzoeken :** ........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

**SLECHTS 1 ONDERZOEK AANKRUISEN AUB !**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MUSCULOSKELETAAL** | **WERVELKOLOM** | **ABDOMEN** |
| * Schouder R L
 | * CWZ
 | * Lever
 |
| * Bovenarm R L
 | * DWZ
 | * MRCP
 |
| * Elleboog R L
 | * LWZ
 | * Pancreas
 |
| * Voorarm R L
 | * Full Spine
 | * Nieren / bijnieren
 |
| * Pols R L
 |  | * Enterografie
 |
| * Hand R L
 |  | * Defaecografie
 |
| * Vinger R L
 | **NEURO / ORL** | * Rectum
 |
| * SIG
 | * Hersenen
 | * Anale fistel
 |
| * Heup R L
 | * Craniale zenuwen : …
 | * Prostaat
 |
| * Bovenbeen R L
 | * Hypofyse
 | * Vrouwelijk bekken
 |
| * Knie R L
 | * Fossa posterior
 | * Pelvimetrie
 |
| * Onderbeen R L
 | * Orbita
 |  |
| * Enkel R L
 | * Rotsbeenderen
 | **ANGIO-MR** |
| * Voet R L
 | * MFM
 | * Circulus van Willis
 |
| * ARTHRO JA / NEE
 | * TMG
 | * Halsvaten
 |
|  | * Hals
 | * Aorta
 |
| **MAMMO-MR** | * Plexus brachialis
 | * Nierarteries
 |
| * Parenchym
 | * Thoracic outlet
 | * Abdomen
 |
| * Prothese
 |  | * Onderste ledematen
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PATIENTENKLEVER** | Heeft u een pacemaker of defibrillator ?Heeft u een deep brain stimulator ?Heeft u een neuro- of zenuwstimulator?Heeft u een pijn– of insulinepomp ?Heeft u een blaasstimulator of penisimplantaat ?Heeft u een cochleair implant ? | Ja / neenJa / neenJa / neenJa / neenJa / neenJa / neenJa / neen |

|  |
| --- |
| **In te vullen door verwijzend geneesheer :** Soort device : ………………………………………………………………Producent device : ………………………………………………………Type device : ……………………………………………………………….Datum plaatsing device : …………………………………………….Informatie leads en datum plaatsing indien van toepassing : ………………………………….**Achtergebleven leads (=absolute contra indicatie!) : ja /neen**Uw contactgegevens : …………………………………………………Contactgegevens in geval van afwezigheid : ……………….. |
| Stempel : | Datum : Handtekening : |

|  |
| --- |
| **In te vullen door verantwoordelijk radioloog :**Is bovenstaande informatie volledig ingevuld ? ……………………………….Is het omschreven device MRI-safe op 1.5 Tesla ? ……………………………….Is het omschreven device MRI-safe op 3 Tesla ? ……………………………….Zo ja, dienen bijkomende maatregelen getroffen :* Voor het onderzoek ? ………………………………………….
* Tijdens het onderzoek ? ………………………………………
* Na het onderzoek ? ……………………………………………..

Kan deze patiënt, mits het naleven van de hierboven beschreven richtlijnen, veilig worden gescand ? |
| Stempel : | Datum : Handtekening : |

**Dit aanvraagformulier komt maar in aanmerking voor terugbetaling door het RIZIV indien alle rubrieken correct zijn ingevuld door aanvragende arts.**

**Handtekening, stempel en het invullen van klinische inlichtingen zijn verplicht (K.B. 27-12-1979 e.v.).**