|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 Wilgenstraat  Wilgenstraat 2 - 8800 Roeselare  Dienst medische beeldvorming  Tel 051/23 70 19 | Sint-Andries Ziekenhuis Tielt  Bruggestraat 84 – 8700 Tielt  Dienst Medische Beeldvorming  Tel 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 / neen  Ja / neen  Ja / neen  Ja / neen  Ja / neen  Ja / neen  Ja / 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.).**