

Information inför Magnetkameraundersökning

En magnetkamera (MR) framställer bilder med hjälp av ett starkt magnetfält i kombination med radiovågor (ej röntgenstrålar). **Undersökningen är smärtfri och tar cirka 15-45 min**, beroende på vilken kroppsdel som undersöks. Du får ligga på ett undersökningsbord som förs in i magnetkamerans öppning. Kameran har belysning och är öppen i båda ändarna.

Under bildtagningen hörs ett kraftigt knackande ljud och under den tiden är det viktigt att du ligger stilla med hela kroppen så att bilderna inte blir suddiga. Du kan få information om vad som händer via hörlurar. Du kan närsomhelst kalla på vår uppmärksamhet genom en larmknapp. Det finns möjlighet att lyssna på radio. Vid vissa undersökningar ges kontrastmedel som en injektion i ett blodkärl för att optimera undersökningen.

- Äter du mediciner kan du ta dem som vanligt. Medicinplåster behöver avlägsnas innan bildtagning.
- Undvik mascara vid undersökning av huvudet.
- Alla värdesaker, smycken och piercingar behöver avlägsnas från kroppen innan undersökningen.

OBS! Om du svarar JA på någon av frågorna, ring oss på telefonnummer: 0771-40 77 20

Vänligen medtag ifyllt frågeformulär till undersökningsdagen.

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du eller har haft pacemaker (hjärt/nervstimulator)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du opererats i hjärtat eller i aortan (stora kroppspulsådern)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du opererats i huvudet, ögon eller öron?
(Starroperation och laseroperation är inget hinder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du eller har du haft några metallföremål i kroppen?
t.ex. Shunt/pump, nervstimulator, hörselprotes
(ledprotes, stag, skruvar, tandfyllningar/tandimplantat är inget hinder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du eller har haft metallsplitter i ögonen eller annan kroppsdel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du känd njursjukdom eller diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har du Myasthenia gravis (mycket ovanlig muskelsjukdom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har du svårt att vistas i trångt utrymme (kluastrofobi)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. För kvinnlig patient, är du gravid? Ammar du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Längd: _____ cm | | Vikt: _____ kg |

Personnummer

Namnteckning

Datum