

AANVRAAGFORMULIER ONDERZOEK MEDISCHE BEELDFORMING

(FB. 1337 - oktober 2015)

(1 aanvraag per klinische vraagstelling aub)

☐ DRINGEND

Identificatie van patiënt: (invullen of strookje V.I./etiket inschrijving)*

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht: ☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk

Relevante klinische inlichtingen*:

ZWANGER: Nee / Ja, aantal weken:

Diagnostische vraagstelling*:

Voorgestelde onderzoeken: (Indien **MR**: ook keerzijde invullen)*

(Botdensitometrie: cfr. specifieke aanvraag)

Vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling*:

☐ CT ☐ MR ☐ RX ☐ Echografie ☐ CoZo ☐ Onbekend ☐ Andere:

VERPLICHT INVULLEN INDIEN CT-SCAN

Indien IV-CONTRAST	Enkel indien interventionele procedure	Indien CT <15 jaar
Ambulant: eGFR (< 3 maand):	Anticoagulantie: ☐ Nee ☐ Ja, het antico-beleid werd aangepast aan de geplande procedure. Product(en):	☐ Gewicht: kg ☐ Lengte: cm
Hospitalisatie/spoed: eGFR (< 1 week):		
Allergie ☐ Geen ☐ Contrastreactie ☐ Andere:		

Handtekening aanvrager + datum*:

(stempel met naam, voornaam, adres en RIZIV-nr.)

Transport*:

(omcirkel wat van toepassing is)



Hospitalisatieafdeling*:

☐ Isolatie*:

☐ A ☐ C ☐ C(clos) ☐ D

Te bereiken via nr.:

*Verplicht in te vullen.

VOORGESTELDE MR-ONDERZOEKEN

SLECHTS ÉÉN ONDERZOEK AANDUIDEN AUB

MUSCULOSKELETAAL:		WERVELKOLOM:	ABDOMEN:
Schouder	R - L	CWZ	Lever
Artro - Schouder	R - L	CWZ – Multiple sclerose	Milt
Bovenarm	R - L	DWZ	Galwegen - MRCP
Elleboog	R - L	LWZ	Pancreas
Voorarm	R - L	LWZ met IV contrast	Nieren
Pols	R - L	Full spine – screening	Bijnieren
Artro - Pols	R - L	Full Spine – staging/Multiple sclerose	Enterografie
Hand	R - L		Rectum
Vinger n°.....	R - L	NEUROLOGIE:	Anale fistel
Thoraxwand - Sternum		Hersenen screening (zonder IV contrast)	Prostaat
Anterieure buikwand		Hersenen CVA / TIA / bloeding	Vrouwelijk klein bekken
Bekken / adductoren		Hersenen neurodegeneratie	Pelvimetrie
Sacro-iliacale gewrichten		Hersenen demyelinisatie	Retroperitoneum
Bot- of weke delen tumor		Hersenen neoplasie	
Heup	R - L	Hersenen epilepsie	ANGIO-MR:
Artro - Heup	R - L	Hypofyse	Halsvaten
Bovenbeen	R - L	Trauma	Thoracic outlet
Knie	R - L	Craniale zenuwen :	Arterieel bovenste ledematen
Artro - Knie	R - L	Orbitae	Aorta abdominalis
Onderbeen	R - L	Plexus cervicobrachialis	Renale arteriën
Enkel	R - L	Plexus lumbosacralis	Veneus abdomen/bekken
Voet	R - L	Vasculaire malformatie / veneuze trombose	Veneus abdomen/bekken + femora
Teen n°.....	R - L		Arterieel onderste ledematen
		HALS – ORL:	Veneus onderste ledematen
MAMMO-MR:		Rotsbeenderen	
Mammae		Parotis	ANDERE:
Mammae borstprothese		Mondbodem	
		Paranasale sinussen	
THORAX:		Maxillofaciaal massief	Voor gespecialiseerde onderzoeken (type fMRI, cardio-MR, MRA aorta thoracalis, MR onder narcose) verwijzen wij graag
Mediastinum		Temporomandibulaire gewrichten	
Thymus			
Indien MR met IV-CONTRAST*:	☐ voldoende nierfunctie (eGFR >30) ☐ chronische nierinsufficiëntie stadium 4/5 (eGFR <30) of acute nierinsufficiëntie		
CHECKLIST CONTRA-INDICATIES MR*			
◇ pacemaker / defibrillator	◇ medicatiepomp	◇ hartklep	◇ urinaire sfincter prothese
◇ neuro- / zenuwstimulator	◇ cochleair implant	◇ penisimplantaat	◇ intracraniële vaatclip
Specifiëren van device indien aanwezig (type, producent, datum plaatsing, MR compatibiliteit op 3T)			
CHECKLIST OVERIGE RISICO'S*			
◇ ventrikelschunt	◇ metalen stent of endoprothese	◇ binnenoorprothese	◇ claustrofobie
◇ intracraniële coils	◇ osteosynthese-materiaal	◇ ventriculaire leads	◇ allergie gadoliniumcontrast
Materiaal speciëren:			

*Verplicht in te vullen.

