



Aanvraagformulier

# Radiologie

T: 056/ 62 33 55

E: radiologie@ziekenhuiswaregem.be

Naam patiënt .....

Geboren op ..... / ..... / .....

Adres .....

..... of patiëntenklever

Hospitalisatie afdeling: ..... (tel: .....)

**Dr. T. D'Hoore - Dr. E. Janssens - Dr. S. Vanden Berghe - Dr. F. Van Geluwe - Dr. J. Van Melkebeke**

<p>Voorgesteld(e) onderzoek(en): <b>(verplicht invullen)</b></p>	<p>Relevante klinische inlichting(en): <b>(verplicht invullen)</b></p>												
<p>Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling: <b>(verplicht invullen)</b></p> <p><input type="checkbox"/> CT    <input type="checkbox"/> MRI    <input type="checkbox"/> RX    <input type="checkbox"/> Echografie</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: .....</p>	<p>Diagnostische vraagstelling: <b>(verplicht invullen)</b></p>												
<p><b>Verplicht invullen door aanvragende arts bij contrastonderzoeken/interventionele onderzoeken</b></p> <p>Nierfunctie bepaling van max 3 maand oud:</p> <p><input type="checkbox"/> (e)GFR = ..... ml/min</p> <p><input type="checkbox"/> (e)GFR &gt; 30 ml/min</p> <p><input type="checkbox"/> (e)GFR &lt; 30 ml/min</p>	<p><b>Indien aanvraag voor drainage, punctie of biopsie:</b></p> <p>Stolling :</p> <p><input type="checkbox"/> INR: ..... op ..... / ..... / 20.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bloedplaatjes: .....</p>												
<p><b>Verplichte vragenlijst patiënt en/of aanvragende arts bij contrastonderzoeken/interventionele onderzoeken:</b></p> <p><i>Duid aan indien van toepassing</i></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reeds gelijkaardig onderzoek met contrast ondergaan?</td> <td><input type="checkbox"/> Heeft u een schildklierprobleem?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Al ooit een allergische reactie gehad op contraststof?</td> <td><input type="checkbox"/> Heeft u ernstig hartlijden?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lijdt u aan allergieën en/of neemt u hiervoor medicatie?</td> <td><input type="checkbox"/> Werken uw nieren minder goed?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heeft u astma?</td> <td><input type="checkbox"/> Bent u mogelijk zwanger of geeft u borstvoeding?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lijdt u aan de ziekte van Kahler?</td> <td><input type="checkbox"/> Andere relevante bijkomende inlichtingen:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heeft u diabetes? Zo ja, neemt u pilletjes hiervoor?</td> <td>Mobiliteit: <input type="checkbox"/> Volledige hulp   <input type="checkbox"/> Gedeeltelijke hulp   <input type="checkbox"/> Zelfstandig</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Reeds gelijkaardig onderzoek met contrast ondergaan?	<input type="checkbox"/> Heeft u een schildklierprobleem?	<input type="checkbox"/> Al ooit een allergische reactie gehad op contraststof?	<input type="checkbox"/> Heeft u ernstig hartlijden?	<input type="checkbox"/> Lijdt u aan allergieën en/of neemt u hiervoor medicatie?	<input type="checkbox"/> Werken uw nieren minder goed?	<input type="checkbox"/> Heeft u astma?	<input type="checkbox"/> Bent u mogelijk zwanger of geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Lijdt u aan de ziekte van Kahler?	<input type="checkbox"/> Andere relevante bijkomende inlichtingen:	<input type="checkbox"/> Heeft u diabetes? Zo ja, neemt u pilletjes hiervoor?	Mobiliteit: <input type="checkbox"/> Volledige hulp <input type="checkbox"/> Gedeeltelijke hulp <input type="checkbox"/> Zelfstandig
<input type="checkbox"/> Reeds gelijkaardig onderzoek met contrast ondergaan?	<input type="checkbox"/> Heeft u een schildklierprobleem?												
<input type="checkbox"/> Al ooit een allergische reactie gehad op contraststof?	<input type="checkbox"/> Heeft u ernstig hartlijden?												
<input type="checkbox"/> Lijdt u aan allergieën en/of neemt u hiervoor medicatie?	<input type="checkbox"/> Werken uw nieren minder goed?												
<input type="checkbox"/> Heeft u astma?	<input type="checkbox"/> Bent u mogelijk zwanger of geeft u borstvoeding?												
<input type="checkbox"/> Lijdt u aan de ziekte van Kahler?	<input type="checkbox"/> Andere relevante bijkomende inlichtingen:												
<input type="checkbox"/> Heeft u diabetes? Zo ja, neemt u pilletjes hiervoor?	Mobiliteit: <input type="checkbox"/> Volledige hulp <input type="checkbox"/> Gedeeltelijke hulp <input type="checkbox"/> Zelfstandig												
<p><b>Indien u een NMR (= MRI) ondergaat: gelieve de vragenlijst op de ommezijde in te vullen</b></p>													
<p>Handtekening aanvrager:</p> <p>(Stempel met naam, voornaam, adres, RIZIVnr)</p> <p>Datum:</p>	<p>Handtekening patiënt:</p> <p>Datum:</p>												

**Indien u een NMR (= MRI of MR) ondergaat:**

Het is belangrijk dat u deze vragen goed leest en correct invult zodat uw onderzoek veilig kan doorgaan.  
 Breng **de gegevens of het kaartje van ingeplante materialen** (zoals vb. pacemaker) mee als u dit heeft.  
 Bij vragen kan u steeds terecht bij het secretariaat of de verpleging.

Uw Lengte: .....cm	Uw Gewicht: .....kg
--------------------	---------------------

Heeft u:	Ja	Nee
ooit al een NMR onderzoek ondergaan?		
een recente (minder dan 6 weken geleden) operatieve ingreep ondergaan?		
een pacemaker of defibrillator? neurostimulator, blaasstimulator? (kaartje/gegevens tonen)		
een metalen hartklep? (kaartje/gegevens tonen)		
een middenoor- of cochleair implant of een uitwendig gehoorapparaat?		
een pijnpomp of insulinepomp? diabetes glucosesensor op de arm?		
een aneurysmaclip of ingreep op bloedvat in de hersenen ondergaan?		
een ventrikelshunt of ventrikel drain in het hoofd?		
een pruik, haarstukje, haarextensions, ... ?		
orthopedisch materiaal (prothese, schroeven, plaatje, pinnen, ...)?		
een metaalstukje in uw oog of elders in het lichaam? Bent u metaalwerker?		
een verwijderbare tandprothese / magnetische tandprothese?		
een medicatiepleister op de huid?		
andere ingeplante materialen of vreemde voorwerpen in het lichaam?		
claustrofobie? Angst in kleine ruimtes?		

Indien u een NMR van de schouder, elleboog, pols, hand, heup, knie, enkel of voet ondergaat:	Ja	Nee
Heeft u reeds een operatie ondergaan in het te onderzoeken gewricht? indien ja , wanneer en voor wat? .....		

Indien u een NMR van de nek of rug ondergaat:	Ja	Nee
Heeft u reeds een operatie gehad in deze regio? Zo ja, wanneer? .....		
Heeft u uitstralende pijn?	Links?	Rechts?

Voor vrouwelijke patiënten:	Ja	Nee
Bent u (mogelijk) zwanger? Geeft u borstvoeding?		

Indien u een MRI van de borst/NMR mammo ondergaat:	Ja	Nee
Heeft u reeds een ingreep aan de borst ondergaan? Zo ja, wanneer? .....		
Neemt u hormonale medicatie?		
Datum laatste regels/maandstonden .....		

**Handtekening patiënt :**