Radiologisk henvisning

Opplysninger fra henviser	**Pasientopplysninger**
Henvisende lege (blokkbokstaver):	Navn:
Henvisende legekontor/Avdeling:	Personnummer:
HPR nummer:	Adresse:
Telefonnummer:	
Kopisvarmottaker:	Gravid? Nei ☐ Ja ☐ Uke:

Prøvesvar Helsenorge og Kjernejournal

Er formålet helsehjelp? Ja ☐ Nei ☐

Har pasienten reservert seg mot deling? Ja ☐ Nei ☐

Hastegrad: ☐ Øyeblikkelig hjelp (innen 24 timer) ☐ Elektiv

Kommentar til hastegrad:

Kliniske opplysninger/aktuell problemstilling:

Spesielle hensyn, eksempel smitte, tolk, blind:

Ønsket undersøkelse:	**Mobilitet:**

CT sjekkliste

Pasienten har/har hatt:	Ja	Nei
Kontrastmiddelreaksjon	☐	☐
Ubehandlet manifest hypertyreose	☐	☐
Bruker metformin	☐	☐
Siste eGFR verdi: Dato:		

Dersom Ja, spesifiser

Kommentar til CT/MR sjekklister:

MR sjekkliste

Pasienten har/har hatt:	Ja	Nei
Nyresvikt	☐	☐
Pacemaker/ICD	☐	☐
Mekanisk hjerteklaff/stentgraft	☐	☐
Intrakranielle vaskulære klips	☐	☐
(V/P) shunt	☐	☐
Nevrostimulator	☐	☐
Cochleaimplantat	☐	☐
Fremmedlegeme av metall i øyet	☐	☐
Metall i kroppen (protese, splint el.)	☐	☐
Klaustrofobi	☐	☐
Vekt over 130 kg	☐	☐
Kan ligge stille på ryggen	☐	☐
Siste eGFR verdi: Dato:		

Henvisningsdato:	**Underskrift henviser:**