

Sykehuset i Vestfold HF

Radiologisk avdeling
PB 2168
3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 30 11

Pasient Fødselsnummer:

Etternavn, Fornavn:

Gateadresse:

Postnr., -sted:

Tlf. Privat/Jobb:

Henvissende lege/ instans (med adr. og Tlf.nr/ Calling.):

Innlagt avdeling:

Tidligere undersøkt her (år):

Ikke egenandel p.g.a.:

Kopi av svar ønskes til:

Skal pas. til annen poliklinikk/avd. etter rtg.us.?

Går selv Går m. følge Rullestol Seng Us. på stue

Kliniske opplysninger, problemstilling:

Siste mens. (dato):

Nedsatt nyrefunksjon? Ja Nei

Ønsket(e) undersøkelse(r):

Hastegrad:

Ø-hjelp Nå
Innen 24 timer
Innen 48 timer
Etter liste

Spesielle hensyn / forsiktighetsregler:

Dato, signatur:

Mobil røntgen Fyll også ut bakside!

Ønsket tid:

Notater for Radiologisk avdeling:

Pasient sendt Akutt mottak Ja Nei

Strekkode(r):

Sjekkliste for MR-undersøkelser i Tønsberg

Kontraindikasjoner:

	JA	NEI
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intrakranielle vaskulære klips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metall/fremmedlegeme i øyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cochlea (øre) implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nevrostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graviditet 1. trimester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATO: _____

Nødvendige opplysninger:

	JA	NEI
Metall/protese etter kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graviditet, 2. og 3. trimester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin/morfinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pasientens vekt _____ KG

Evt. kommentar:

SIGNATUR lege: _____

Denne sjekklisten **SKAL** være ferdig utfylt og signert av lege ved henvisning til MR-undersøkelser.

For mobil røntgen, se bakside!

Mobil røntgen

- Bestilles ved å ringe 901 46 701, eller ved å sende henvisning til:

Sykehuset i Vestfold HF
Radiologisk avdeling
PB 2168
3103 Tønsberg
Merk henvisning ”Mobil røntgen”

- Ved kliniske opplysninger som tilsier innleggelse skal mobil røntgen ikke benyttes

Spørsmål vedrørende ambulerende røntgen. Vennligst fyll ut for alle pasienter. Sett kryss.

Hvem henviser til mobil røntgen?

- Sykehjemslege
- Legevaktslege
- Annen, spesifiser:

Hva ville skjedd om tilbudet om mobil røntgen ikke var tilgjengelig?

- Pasienten ville blitt sendt til røntgenavdeling ved sykehus
- Pasienten ville blitt overført sykehus for vurdering/innleggelse
- Lokal klinisk vurdering i sykehjemmet uten bruk av røntgen

Dersom avkrysning på de to første alternativ, og pasienten ville blitt sendt til sykehus:

Hvordan ville sannsynlig transport til sykehus foregått?

- I ambulanse
- I taxi
- Ved hjelp av pårørende (privat transport)

Ville pasienten ha behov for følge og hvem ville i så fall fulgt pasienten til sykehus?

- Ikke følge, ville dratt alene
- Personell fra sykehjemmet
- Ambulansepersonell
- Pårørende
- Andre