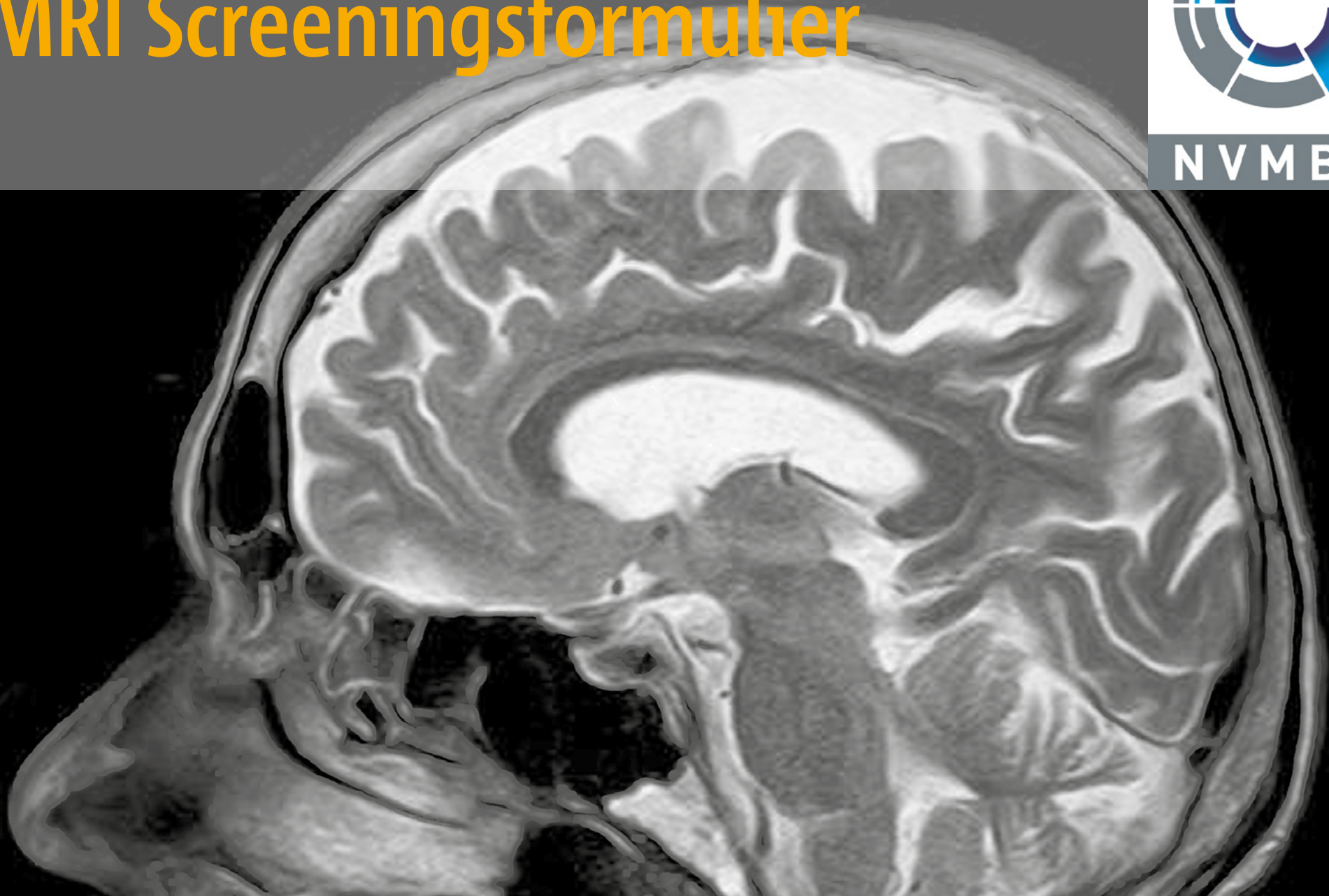


# MRI Screeningsformulier



NVMBR



# Voorwoord

In 2014 heeft het netwerk MRI een voorbeeld MRI screeningsformulier opgesteld. In juni 2020 is de MRI screeningslijst met hulp vanuit werkveld herzien. April 2021: Naar aanleiding van feedback vanuit het werkveld zijn de vragen heeft een neurostimulator en medicatiepleister toegevoegd. Verder is bij de vraag leads toegevoerd ter verduidelijking ongebruikte leads/pacemakerdraden

## Doel MRI screeningslijst

Doel is om MBB'ers die werkzaam zijn op de MRI handvatten te geven bij het opstellen van de MRI screeningslijst. Deze screeningslijst is bedoeld als leidraad. Iedere organisatie met een MRI kan zelf bepalen welke vragen of gedeelte uit het MRI screeningsformulier relevant zijn voor de werkwijze op de afdeling.

Het is noodzakelijk dat de afdelingen met een MRI een screeningslijst hebben die voorafgaand aan ieder MRI onderzoek en/of behandeling wordt ingevuld door patient.

Een optimale MRI-screeningsvragenlijst is bedoeld om eventuele risico's op complicaties bij het maken van een MRI-scan uit te sluiten bij patiënten met metaal en/of gevoelige medische apparatuur in het lichaam.

In de literatuur wordt aanbevolen alle personen die MRI ruimte willen betreden te laten screenen door MRI-personeel.

## Bronnen

1. Kanal E, Barkovich JA, Bell C, Borgstede JP, Bradley WG, Froelich JW et al. ACR Guidance Document on MR Safe Practices: 2013. Journal of magnetic resonance imaging 37: 501-530 (2013)
2. <http://www.mrisafety.com/>

Aan de herziening hebben meegewerkt:

**Astrid van Aalten-Jansen**

Senior MBB'er / Aandachtsvelder MRI Radiologie Sint Maartenskliniek

**Debbie van Asselt**

MBB'er en TMS'er Martini ziekenhuis en lid netwerk radiologie

**Paulien Hillebrink**

MBB'er MRI Rijnstate ziekenhuis

**Manja de Jong-van der Maas**

Vakcoach MRI ADRZ

**Peter Kappert**

Systeem specialist & veiligheidscoördinator MRI UMCG en lid netwerk MRI van de NVMBR

**Martijn Klein**

MBB'er MRI Martini ziekenhuis

**Wendy Rensema**

MBB'er MRI Martini ziekenhuis

**Mirjam Verkleij**

Netwerk coördinator radiologie en MBB'er Alrijne ziekenhuis

**Jeannette Meedendorp-van Sloten**

Beleidsmedewerker NVMBR

# Voorbeeld MRI screeningsformulier/vragenlijst

Deze screeningslijst is bedoeld als leidraad. Iedere organisatie met een MRI kan zelf bepalen welke vragen of gedeelte uit het MRI screeningsformulier relevant zijn voor de werkwijze op de afdeling.

MRI is een onderzoeksmethode die gebruik maakt van een zeer sterk magneetveld en radiogolven. Daardoor kunnen metaal, elektronische of magnetische voorwerpen in of aan het lichaam een risico zijn.

Alle metalen/magnetische voorwerpen moeten buiten de onderzoeksruimte blijven. Hieronder vallen: geld en alle voorkomende pasjes met een magneetstrip (bankpasjes en creditcards), horloges, sieraden, sleutels, mobiele telefoons en haarspelden. Wij raden u aan deze voorwerpen zoveel mogelijk thuis te laten als u voor het onderzoek komt.

Om risico's uit te sluiten dient u deze vragenlijst ingevuld en ondertekend mee te nemen naar het onderzoek. Dit formulier moet u voor elk bezoek invullen en inleveren. Ook als u eerder een MRI-onderzoek heeft gehad. Een niet ingevuld formulier kan betekenen dat het onderzoek niet kan plaatsvinden.

Als u één of meerdere van de vragen in deze lijst met "ja" beantwoordt, neem dan, ongeveer een week voor het onderzoek, contact met ons op.

E-mail: .....

Telefoonnummer: .....

## Geef aan wat voor u van toepassing is:

1.	Heeft u metaal(splinters) in uw lichaam door bijv. in uw ogen door werkzaamheden in de metaalindustrie of door oorlogsgeweld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
2.	Heeft u een pacemaker / defibrillator (ICD) / leads / looprecorder / ongebruikte leads / pacemakerdraden / insuline pomp?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
3.	Heeft u een neurostimulator( Deep brain stimulator)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
4.	Heeft u clips of stents in de bloedvaten? (bijv. hoofdoperatie met vaatclips voor 2000?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
5.	Heeft u een gehoorapparaat dat niet te verwijderen is? (bijv. een cochleair implantaat of BAHA met magnetische bevestiging)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
6.	Heeft u een implantaat met magneetjes in uw kaak om een kunstgebit mee vast te klikken? Als er alleen magneetjes in de losse prothese zitten (en niet in de kaak) hoeft u niet te bellen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7.	Heeft u een geïmplanteerde kunstlens, die voor 1990 is geplaatst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
8.	Heeft u een prothese voor het oprekken van de huid? (tissue expander)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
9.	Heeft in het afgelopen half jaar een poliep in slokdarm, maag, dikke/dunne darm laten verwijderen of een bloeding in slokdarm, maag, dikke/dunne darm laten behandelen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
10.	Heeft u metaal (b.v. kunstgewrichten) in het lichaam?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
11.	Heeft u in de afgelopen zes weken een operatie gehad (ongeacht of hier metaal geplaatst of gebruikt kan zijn)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12.	Heeft u tatoeages en/of piercings?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
13.	Heeft u een Continue Glucose Measurement meter en/of Flash Glucose Monitoring	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

14.	Gebruikt u medicatiepleisters?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
15.	Lijdt u aan systemische Mastocytose (een zeldzame bloedziekte)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
16.	Heeft u een spiraaltje? Indien het gaat om een Mirena spiraaltje, een Adiana silicone of Essure implantaat hoeft u niet te bellen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
17.	Bent u zwanger of bestaat er een kans dat u zwanger bent?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
18.	Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
19.	Bent u moeilijk te prikken en moet hiervoor vaak specialistische hulp worden ingeroepen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
20.	Bent u claustrofobisch (angstig in een kleine ruimte)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Wat is uw gewicht in kilogram?	KG
Wat is uw lengte in centimeters?	CM

Indien één van voorgaande vragen met JA is beantwoord, vragen we u zoveel mogelijk gegevens in te vullen:

Soort implantaat / apparaat:	
Fabrikant:	
Modelnaam / nummer:	
Naam ziekenhuis waar implantaat is geplaatst:	
Jaar operatie:	

## Opmerkingen/bijzonderheden:

Eventueel wordt er bij het onderzoek MRI contrastmiddel toegediend. Hiervoor zijn de volgende vragen:

Bent u bekend met een slechte nierfunctie en/of maakt u gebruik van nierdialyse?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bent u hartpatiënt of heeft u last van astma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bent u ergens overgevoelig voor (b.v. antibiotica, contrastmiddelen, voedingsmiddelen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u ooit een overgevoeligheidsreactie op MRI contrastmiddelen gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

## Verklaring

*Ik verklaar bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld*

Naam .....  
(patiënt of ouder/voogd of zorgverlener):

Datum: .....

Handtekening:

Gecontroleerd door  
(naam en handtekening MRI laborant): .....

Datum: .....

## Suggesties voor vragen specialistisch onderzoeken:

### Dobutamine:

Heeft u last van hartfalen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u last van cardiomyopathie, een vergroot hart?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bent u overgevoelig voor dobutamine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

### Adenosine/ Regadenoson:

Heeft u last van ernstige hypotensie, te lage bloeddruk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u last van astma of een andere ernstige luchtwegvernauwing?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bent u overgevoelig voor adenosine of Regadenoson?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

### MRI abdomen (indien buscopan wordt gebruikt):

Heeft u last van glaucoom (groene staar)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Heeft u last van myasthenia gravis (zeldzame auto-immuunziekte die gekenmerkt wordt door ernstige spierzwakte)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Heeft u last van vergroting van de prostaat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Heeft u last van hartritme stoornissen en bent u daarmee onder behandeling van een cardioloog?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
Bent u bekend met een allergie voor buscopan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	

### Mamma:

Wanneer was het begin van uw laatste menstruatie?

Datum: .....  n.v.t

(MRI moet plaats vinden tussen de 5e en 15e dag na het begin van de menstruatie, neem contact op met de planning tel. .... indien het onderzoek buiten deze dagen gepland staat).