



Magneettitutkimuksen esitietolomake

Pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin magneettitutkimuksia varten

	Kyllä	Ei
Onko sinulle tehty leikkauksia mitä: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko kehossasi vierasesineitä (metallisiruja, lävistyksiä, tms.) ? mitä ja missä: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko sinulla jokin seuraavista:		
sydämentahdistin tai niihin liittyviä johtoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkelaastari, insuliini- tai kipupumppu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
glukoosimittari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sisäkorvaimplanti tai kuulolaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aneurysma- tai muita leikkausklipsejä, suntteja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääke-, puudute- tai varjoaineallergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ahtaanpaikankammo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
munuaisten vajaatoiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko raskaana tai imetätkö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paino ____ kg		
Pituus ____ cm		
Mahdollista tehosteaineen antoa varten:		
sairastatko jotain veriteitse tarttuvaa tautia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kuvat ja lausunnot tallennetaan sähköisesti. Tarvittaessa voimme tallentaa kuvat muistivälineelle. Muistiväline sisältää myös katseluohjelman.

____/____202____

päiväys

allekirjoitus

henkilötunnus