

Magneettitutkimuksen esitietolomake

Pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin magneettitutkimuksia varten

	KYLLÄ	EI
Onko sinulle tehty leikkauksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitä? _____		
Onko kehossasi vierasesineitä (metallisiruja, lävistyksiä, tms)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitä ja missä? _____		
Onko sinulla jokin seuraavista?		
Sydämentahdistin, -rytmivalvuri 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"/>
Sisäkorvaimplantti 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"/>
Mahdollista tehosteaineen antoa varten: Sairastatko jotain veriteitse tarttuvaa tautia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pituus _____ cm

Paino _____ kg

_____/____/202____

Päiväys

Allekirjoitus

Henkilötunnus