

Päiväys: \_\_/\_\_/20\_\_

## ***Magneettikuvauksen oirekuvauslomake***

Tässä lomakkeessa kysytään tietoja, joita tarvitaan magneettikuvauksen suunnittelussa. Lomake on luottamuksellinen.

Nimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Kerro tämänhetkisestä vaivastasi ja sen kestosta:

---

---

---

---

---

---

---

Onko kuvattavaa kohdetta leikattu aikaisemmin? Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

Onko kuvattavaa kohdetta kuvattu aikaisemmin? Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

Saammeko käyttää aikaisempia kuvianne vertailuun? Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

### **Mikäli olet tulossa aivojen/pään alueen magneettikuvaukseen:**

Haluan, että minulta kuvataan samalla myös aivoverisuonet: kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

Merkitse alla olevaan kuvaan ruksilla kipukohta.

