



## Magneettitutkimuksen esitietolomake

Pyydämme sinua vastaamaan oheiseen kyselyyn ennen magneettitutkimusta. Röntgenhoitaja tarkastaa esitietolomakkeen vastaukset kanssasi ennen kuvausta. Tämän menettelyn avulla varmistetaan turvallinen magneettitutkimus.

|                                                                                                        | Kyllä                    | Ei                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Onko sinulle tehty leikkauksia?</b> Jos kyllä, mitä? _____                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                                                                                                  |                          |                          |
| <b>Onko kehossasi vierasesineitä (metallisiruja, lävistyksiä tms)?</b> Jos kyllä, mitä ja missä? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                                                                                                  |                          |                          |
| <b>Onko sinulla jokin seuraavista:</b>                                                                 |                          |                          |
| Sydämentahdistin, -valvuri, tai niihin liittyviä johtoja                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuliini- tai muuta lääkeainepumppua tai epiduraalstimulaattoria                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glukoosisensori tai lääkelaastari                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kuulolaite tai sisäkorvaimplantti                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aneurysma- tai muita leikkausklipsejä, suntteja tai stenttejä                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Puudute-, varjoaine- tai lääkeaineallergioita                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Munuaisten vajaatoiminta                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ahtaanpaikankammo                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oletko raskaana tai imetätkö                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Mahdollista tehosteaineen antoa varten:</b>                                                         |                          |                          |
| Sairastatko jotain veriteitse tarttuvaa tautia?                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Paino:** \_\_\_\_\_ kg

**Pituus:** \_\_\_\_\_ cm

**Päiväys:** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_

**Henkilötunnus:** \_\_\_\_\_

**Allekirjoitus**

**Nimenselvennys**