



Henkilötunnus ja nimi	Päivämäärä
-----------------------	------------

CT-tutkimuksen turvallista suorittamista varten tarvitsemme seuraavat tiedot, joihin pyydämme teitä vastaamaan

Onko sinulla todettu jokin seuraavista:

	Ei	Kyllä
Raskaus Jos vastasit kyllä, niin soittakaa puh 040 648 4294	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jodiallergia Jos vastasit kyllä, niin soittakaa puh 040 648 4294	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (= sokeritauti) (metformiini on oltava tauolla 4 päivää tutkimuspäivän aamusta alkaen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydämen vajaatoiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myelooma (= verisairaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muuta mainittavaa:
