



18.10.2018

Radiologia

Suku- ja etunimi		Henkilötunnus	
Tutkimuspäivämäärä	Pituus (cm)	Paino (kg)	kg
	cm		

Magneettitutkimuksessa tietyt metalli- ja vierasesineet voivat aiheuttaa **vaaraa, häiriötä tai rikkoontua** laitteen voimakkaassa magneettikentässä. **Tämän vuoksi pyydämme sinua täyttämään lomakkeen ja palauttamaan sen käyntisi yhteydessä.**

Onko sinulla jotain seuraavista?  
asetettu?

Jos on, niin milloin ja missä

Sydämen tahdistin	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Keinotekoinen sydänläppä	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Insuliini- tai kipupumppu, glukoosisensori	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Tekonivel	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Sisä- tai välikorvaproteesi	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Pään, vartalon tai raajojen alueella leikkaus- klipsejä	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Kehonsisäisiä johtimia tai metalleja (esim. hermostimulaattori, luuliitosnauhoja ja/tai – levyjä, metallinsiruja, luoteja tms.)	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	

Lävistyksen on poistettava ennen magneettitutkimukseen tuloa.  
Silmämeikki on poistettava pään alueen tutkimuksissa.

**Magneettitutkimukseen tulevat naiset:**

Oletteko tai epäilettekö olevanne raskaana	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
--------------------------------------------	------------------------------------------------------------

Ehkäisykierukka tai sterilisaatioklipsit eivät ole este tutkimukselle

Saattaja voi tarvittaessa olla mukana magneettitutkimuksen aikana kuvaushuoneessa, jolloin hänen tulee huomioida yllä olevat turvallisuuteen liittyvät tekijät.

Päiväys	Asiakkaan / huoltajan / omaisen / viranomaisen allekirjoitus ja nimenselvennys
---------	--------------------------------------------------------------------------------