**Magneettitutkimuksen esitietolomake**

Vaikka magneettikuvaus on turvallinen kuvantamismenetelmä, niin tietyt metalli- ja vierasesineet saattavat kuitenkin aiheuttaa häiriöitä kuviin, aiheuttaa vaaratilanteen kuvauksen aikana tai rikkoutua kuvauslaitteen voimakkaassa magneettikentässä.

Ole hyvä ja täytä Magneettitutkimuksen esitietokysely sähköisesti OmaOYS asiointipalvelussa [www.omaoys.fi](http://www.omaoys.fi)! Jos sinulla ei ole mahdollisuutta sähköiseen asiointiin, niin täytä tämä lomake, vaikka olisit täyttänyt lomakkeen aikaisemminkin. Jos saattaja tulee mukaan tutkimushuoneeseen, hänen on huomioitava samat turvallisuustekijät.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Suku- ja etunimet | | |
| Henkilötunnus | Pituus | Paino |

**Lääkärin vastaanotto- tai soittoaika tutkimustulosten kuulemista varten** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**pvm/klo**

**Ota yhteyttä puh. (08) 315 2497, jos vastaat kyllä johonkin seuraavista kysymyksistä**

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Sydämentahdistin, hermostimulaattori tai sisäkorvaistute

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Lääkeainepumppu (insuliinipumppu, kipupumppu jne.)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Muita elektronisia laitteita tai poistetun laitteen johtoja

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Metallisiruja, hauleja tai luoteja

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Oletko raskaana?

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Häiritsevää ahtaan paikan kammoa?

**Vastaa myös seuraaviin kysymyksiin (ei tarvitse ottaa yhteyttä)**

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Nivelproteeseja; mitä missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Muita proteeseja; mitä missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Tukilevyjä tai –ruuveja; mitä, missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Keinotekoinen sydänläppä

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Välikorvaproteesi

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Verisuoniproteeseja; missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Stenttejä; missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Shuntteja

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Laskimoportteja tai muita katetreja

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Leikkausklipsejä tai koileja; missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Muita vierasesineitä; mitä, missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Verensokerisensori (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Insuliinipumppu (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Lääkelaastari (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Kuulolaite (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Lävistyksiä, koruja esim. ripsikoru (poistettava tutkimuksen ajaksi)

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Ehkäisykierukka tai sterilisaatioklipsit

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Tatuointeja tai kestopigmentointeja, missä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Munuaisten vajaatoimintaa

**Tarkentavia tietoja esim. leikkausten ajankohta ja paikka:**

**Lomakkeen täyttäjän allekirjoitus ja päiväys\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**