

**MAGNEETTITUTKIMUS (MRI) – ESITIELOLOMAKE**

Täytä kaikki kohdat kuvauskohteesta riippumatta

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_ Pituus \_\_\_\_\_ Paino \_\_\_\_\_

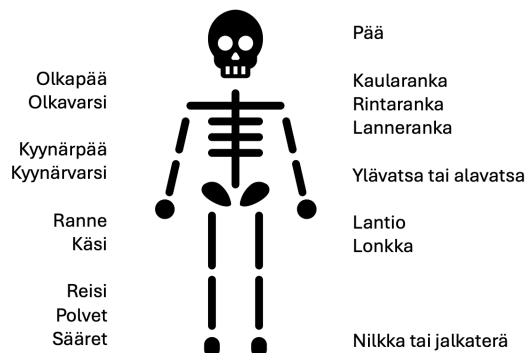
Osoite \_\_\_\_\_

| Minulla on                                                                  | KYLLÄ | EI | Lisätietoja (vuosi, valmistaja, malli) |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|----|----------------------------------------|
| • sydämentahdistin                                                          |       |    |                                        |
| • metallia kehossa (esim. implantti, proteesi, stimulaattori tai sen johto) |       |    |                                        |
| • tehtyjä leikkauksia (kerro lisätiedot)                                    |       |    |                                        |
| • insuliini- tai lääkeainepumppu                                            |       |    |                                        |
| • kuulolaite, lääkelaastari, verensokerisensori                             |       |    |                                        |
| • tatuointi tai lävistyksiä                                                 |       |    |                                        |
| • olen raskaana                                                             |       |    |                                        |
| • lähete                                                                    |       |    |                                        |

Implantin, proteesin ja stimulaattorin magneettiyhteensopivuus on selvítettävä ennen magneettikuvauksen toteuttamista potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Kuulolaite, lääkelaastari, verensokerisensori sekä lävistyksiset tulee poistaa ja stimulaattori sammuttaa ohjeiden mukaisesti ennen magneettikuvausta. Magneettikuvantamista ei suositella raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana.

Valitsemani kuvauskohde \_\_\_\_\_ Ympyröi: VASEN OIKEA MOLEMMAT

Kuvaile oiretta / tutkimuksen syytä:



Anna Kanta-palvelussa luovutuslupa potilastietojesi käyttämiseen niin tietosi ovat käytettävissä siellä, missä kulloinkin asioit (lisätietoja [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi)). Allekirjoituksellani vahvistan, perehtyneeni Arvoterveyden tietosuojaselosteeseen ([www.arvoterveys.fi](http://www.arvoterveys.fi)), hyväksyneeni valitsemani kuvauskohteen ja tilattavan aiemman tutkimukseni kuvat toiselta toimijalta mahdollista kuvavertailua varten.

Päivämäärä \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2026 \_\_\_\_\_

allekirjoitus

Lomakkeen tiedot tallennetaan Arvoterveyden tietojärjestelmään.