

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

1η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
 ΤΜΗΜΑ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΩΝ & ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ
 ΑΘΗΝΑ, ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ 14233
 Ιατροί: (213) 205-7142
 Γραμματεία: (213) 205-7924
 ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ : ΜΑΝΙΑΤΗΣ Ν. ΠΕΤΡΟΣ MD Ph.D

**ΕΝΤΥΠΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Η Μαγνητική Τομογραφία είναι μια ασφαλής και ανώδυνη εξέταση κατά τη διάρκεια της οποίας θα βρίσκεστε σε ένα ισχυρό Μαγνητικό Πεδίο. Επειδή υπάρχει πιθανότητα μεταλλικά αντικείμενα που βρίσκονται μέσα στο σώμα σας να επηρεάσουν εσάς ή το αποτέλεσμα της εξέτασης, γι' αυτό καλείστε να μας δώσετε με προσοχή τις παρακάτω πληροφορίες:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΑΜΚΑ:

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΥΨΟΣ: ΒΑΡΟΣ:

| | |
|---|---|
| Έχετε κάνει ξανά εξέταση Μαγνητικής Τομογραφίας; Αν Ναι, Πότε; | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Έχετε χειρουργηθεί στο παρελθόν; Αν Ναι, Πότε; | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Έχετε κάποιο ή κάποια από τα παρακάτω αντικείμενα ή Ιατρικές Συσκευές στο σώμα σας; | |
| Βηματοδότη/Απινιδωτή/Τεχνητή καρδιακή βαλβίδα: | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Clip/coils για αντιμετώπιση ανευρύσματος εγκεφάλου: | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Μεταλλικό αντικείμενο μέσα στο μάτι σας: | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Σκάγια όπλου ή θραύσματα βλημάτων: | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Ιατρικά εμφυτεύματα στο αυτί σας: | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Ενδοαυλικό stent (Στεφανιαίες/περιφερικές αρτηρίες): | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Τεχνητές αρθρώσεις, πλάκες, βίδες ή υλικά σπονδυλοδεσίας: | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Έχετε ορθοδοντικά εμφυτεύματα (σιδεράκια): | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Κάποιο άλλο μεταλλικό αντικείμενο ή Ιατρική συσκευή: | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Αν είστε γυναίκα, έχετε ενδομήτρια συσκευή (spiral): | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Έχετε κάποια αλλεργία σε φάρμακα ή ουσίες: | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Αν ΝΑΙ, σε τι; | |
| Αντιμετωπίζετε ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ; | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε περιγράψτε το: | |
| Σε παλαιότερη χορήγηση σκιαγραφικού, παρουσιάσατε μετά δύσπνοια, φαγούρα στο δέρμα ή κάτι άλλο; | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε περιγράψτε το: | |
| Υπάρχει περίπτωση εγκυμοσύνης; | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| Συμφωνώ με τη χορήγηση ενδοφλεβίου σκιαγραφικού αν απαιτηθεί, το οποίο θα χρωθώ. | |

Πριν μπείτε στον θάλαμο εξέτασης αφαιρέστε τα ακόλουθα:

| | |
|------------------------------|---------------------------------|
| Όλα τα μεταλλικά αντικείμενα | Σκουλαρίκια σώματος |
| Σουτιέν | Περούκα και αξεσουάρ για μαλλιά |
| Μακιγιάζ | Κινητό τηλέφωνο |
| Ρολόι | Πορτοφόλι |

Υπογραφή ασθενούς