

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΗ
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΕΝΤΕΡΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:		
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:			
ΗΛΙΚΙΑ:	ΒΑΡΟΣ:	ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ-ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:			
ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:			
ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (συμπτώματα- λοιπές παθήσεις):			
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΟΙΛΙΑΣ - ΕΝΤΕΡΕΚΤΟΜΗ/ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ (έτος-περιγραφή):			
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ		ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟ	
ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (ημερομηνία-περιγραφή):			
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ημερομηνία-περιγραφή):			

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΑΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ (είδος σκευάσματος – δόση):

Συμβάματα κατά τη διάρκεια της εξέτασης (π.χ. αδυναμία φλεβοπαρακέντησης, κλειστοφοβική αντίδραση, απουσία συνεργασίας κλπ.):

Αλλεργική αντίδραση στην παραμαγνητική ουσία (περιγραφή συμπτωματολογίας – φαρμακευτική αγωγή):

Υπεύθυνος Ιατρός: _____
(Όνομα) (Υπογραφή)

Υπεύθυνος Νοσηλεύτης: _____
(Όνομα) (Υπογραφή)

Υπεύθυνος Τεχνολόγος: _____
(Όνομα) (Υπογραφή)