

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης:

Τηλέφωνο:

Εβδομάδα κύησης:

ΤΕΡ:

Πιθανή ημερομηνία τοκετού:

Αριθμός τέκνων:

Καισαρικές τομές:

Φυσιολογικοί τοκετοί:

ΥΠΧ διάγνωση:

Εξωσωματικές συλλήψεις (αριθμός και ημερομηνίες):

Παρελθόντα άλλα χειρουργεία μήτρας-ωοθηκών:

Λοιπό γυναικολογικό ιστορικό:

Επιπλοκές στην κύηση (ΣΔ, ΑΥ, αποκόλληση, κ.λπ.):

Φάρμακα:

Λοιπό ατομικό αναμνηστικό ιστορικό:

Όνομα θεράποντος:

Τηλέφωνο:

Υπεύθυνος Ιατρός Ακτινολόγος :

(Όνομα)

(Υπογραφή)