

Rintaontelon neulanäyte CT ohjauksessa

Sinulle on varattu aika ____/____ 20____ klo _____ CT tutkimukseen rintaontelon neulanäytteen ottoa varten. Tietokonetomografia (lyhenne CT tai TT) on kuvausmenetelmä, jolla saadaan leikekuvia kehosta. Kuvauksessa käytetään röntgensäteitä.

Ilmoittaudu keskussairaalan röntgenosastolla 15 ennen tutkimusta.

Tutkimukseen valmistautuminen

Ota yhteyttä toimenpideajan antaneeseen yksikköön mahdollisimman pian, mikäli sinulla on puuduteaineyliherkkyys tai käytät verenhennuslääkkeitä (esim. Marevan, Plavix, Klexane, Heparin tai Fragmin). Tällöin hoitava lääkäri ottaa kantaa näiden lääkkeiden tauotuksen. Muut säännöllisesti käyttämäsi lääkkeet voit ottaa normaalisti.

Ole ravinnotta neljä tuntia ennen tutkimusta.

Tutkimuksen kulku

Röntgenhoitaja valmistele sinut tutkimukseen. Röntgenlääkäri ottaa neulalla näytteen tutkittavasta kohteesta puudutuksen jälkeen CT-ohjatusti. Näyte lähetetään patologian laboratorioon tutkittavaksi.

Tutkimuksen jälkeen huomioitavaa

Näytteenoton jälkeen olet tarkkailtavana vuodelevossa kuusi tuntia poliklinikalla tai vuodeosastolla. Vuodelevon jälkeen sinusta otetaan keuhkokuva. Seuraavan vuorokauden aikana sinulla pitäisi olla kotona seuraa.

Jos varattu aika ei sovi sinulle, ota yhteys tutkimuksen pyytäneeseen poliklinikkaan tai osastoon.

Ajanvaraus on peruttava viimeistään kaksi arkipäivää ennen varattua aikaa. Peruuttamattomasta ajasta perimme kulloinkin voimassa olevan asiakasmaksulain mukaisen sakkomaksun, joka on ilmoitettu sairaalan nettisivuilla.

TT-tutkimuksen esitietolomake

Ota täytetty lomake mukaan kuvaukseen. Emme arkistoi aiempia lomakkeita.

Suku- ja etunimet		
Henkilötunnus	Pituus	Paino
Vastaa seuraaviin kysymyksiin huolellisesti		
Allergiat/mahdolliset vasta-aiheet:		
Onko sinulle käytetty aiemmin Jodi-varjoainetta? Jos vastasit kyllä, milloin? _____	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Jos vastasit kyllä, tuliko tuolloin mitään allergia-oireita? Millaisia oireita? _____	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Onko sinulla lääkeaineallergioita? Jos vastasit kyllä, mitä allergioita? _____	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Onko sinulla tablettihoitoinen diabetes? Jos vastasit kyllä, mikä on lääkkeen nimi? _____	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Onko mahdollista, että olet raskaana?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Oletko perehtynyt tutkimuksen esivalmisteluohjeisiin?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Muut esitiedot:		
Milloin sinulla on sovittu aika lääkärille (vastaanotto tai soittoaika) tutkimusvastausten kuulemista varten? _____		
Onko sinua kuvattu muualla aiemmin nyt tutkittavalta alueelta? Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Jos vastasit kyllä, missä kuvaus tehtiin? _____		
Epäselvissä tapauksissa ota yhteyttä röntgenosastoon puh. 040 653 4220 tai 040 653 4223		
Lomakkeen täyttäjän allekirjoitus		Päiväys