

**ΤΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΣΑΣ ΓΙΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΙΝΑΙ ΣΤΙΣ:**

**ΗΜ/ΝΙΑ:** .....

**ΩΡΑ:** .....

- Είναι απαραίτητο να έχετε **έγκυρο ηλεκτρονικό παραπεμπτικό και ιατρικό ιστορικό σημείωμα** από το θεράποντα ιατρό για την εκτέλεση της εξέτασής σας (να μην έχει παρέλθει η ημερομηνία λήξης του).
- Θα πρέπει να έχετε **βεβαίωση από τον θεράποντα ιατρό για τη συμβατότητα με μαγνητικό πεδίο 1,5 TESLA** στην περίπτωση που φέρετε κάποια μεταλλική συσκευή ή εμφύτευμα όπως π.χ. :
  - Βηματοδότης - Εσωτερικά ηλεκτρόδια ή εμφυτεύσιμος απινιδωτής
  - Μηχανική προσθετική βαλβίδα & Stent
  - Φίλτρο κάτω κοίλης φλέβας
  - Νευροδιεγέρτης ή άλλο εμφυτευμένο μηχάνημα
  - Συσκευή έγχυσης φαρμάκων
  - Χειρουργικά (μεταλλικά) clips ή βαλβίδα από επέμβαση στον εγκέφαλο
  - Κοχλιακό εμφύτευμα & Ακουστικά βαρηκοΐας
  - Μέταλλα σε οστά ή τεχνητές αρθρώσεις (εμφυτεύσιμες βίδες, πλέγματα)
  - Ψεύτικα δόντια, οδοντοστοιχίες, άλλα οδοντικά στηρίγματα (σιδεράκια, κ.λπ.)
  - Μηχανισμοί στήριξης Σπονδυλικής Στήλης, μεταλλικά ράμματα
  - Μεταλλικοί οδηγοί (για ακτινοθεραπεία)
  - Μεταλλουργική εργασία ή μεταλλικά αντικείμενα στα μάτια
  - Θραύσματα μετάλλων ή σφαίρες στο σώμα ή οποιοδήποτε είδους μεταλλικό αντικείμενο
- Να έχετε **τιμές ουρίας και κρεατινίνης** από πρόσφατη εξέταση ΑΙΜΑΤΟΣ (τελευταίου δεκαήμερου).
- Την ημέρα της εξέτασης είναι απαραίτητο να προσκομίσετε το **ενδοφλέβιο σκιαγραφικό** το οποίο θα σας χορηγηθεί εάν κι εφόσον προβλέπεται.
- Αν έχετε γνωστές **αλλεργίες** θα πρέπει να ενημερώσετε το εργαστήριο τουλάχιστον τέσσερις μέρες πριν την εξέταση, ώστε να ενημερωθείτε για την απαραίτητη φαρμακευτική προετοιμασία που πρέπει να λάβετε.
- Εάν έχετε **προηγούμενες Μαγνητικές Τομογραφίες από άλλο εργαστήριο** παρακαλείσθε να τις έχετε μαζί σας για σύγκριση σε CD/DVD.
- Για τη **γνωμάτευση** της εξέτασής σας, επικοινωνήστε σε **εργάσιμες μέρες (εκτός Σ/Κ)** με τη γραμματεία του τμήματος στο τηλέφωνο **2132079125 (ισόγειο, γραφείο 1)**, ώστε να βεβαιωθείτε ότι είναι έτοιμη να την παραλάβετε.
- Οι απαντήσεις δίνονται **αυστηρά και μόνο στον ίδιο τον ασθενή** με την επίδειξη της **αστυνομικής ταυτότητας και του αριθμού μητρώου του νοσοκομείου μας**. Σε περίπτωση που δεν δύναται να παραλάβει την εξέταση ο ίδιος ο ασθενής θα πρέπει να προσκομιστεί **εξουσιοδότηση**, είτε μέσω gov.gr, είτε με γνήσιο της υπογραφής μέσω δημόσιας υπηρεσίας (**έντυπα εξουσιοδότησης είναι διαθέσιμα στη γραμματεία**).
- Σε περίπτωση **ακύρωσης ή μεταφοράς** του ραντεβού σας παρακαλείσθε να **ενημερώνετε εγκαίρως** το τμήμα του Μαγνητικού Τομογράφου. (**Τηλ. : 2132079773**)