

MRI Safety Screening
فحص سلامة التصوير بالرنين المغناطيسي

العمر _____ الوزن _____ الطول _____

الأسئلة الصحيحة:

- نعم لا هل تخاف من الأماكن المغلقة؟
 نعم لا هل سبق لك أن أصبت بالسرطان؟
 إذا أجبت بنعم، هل خضعت إلى العلاج الكيميائي؟ نعم لا العلاج الإشعاعي؟ نعم لا
 نعم لا هل أجريت أي عملية جراحية من قبل؟ يُرجى ذكر جميع العمليات الجراحية:
 العملية الجراحية: _____ يسار يمين لا ينطبق التاريخ: _____
 العملية الجراحية: _____ يسار يمين لا ينطبق التاريخ: _____
 العملية الجراحية: _____ يسار يمين لا ينطبق التاريخ: _____

قبل الدخول إلى غرفة التصوير بالرنين المغناطيسي، يجب عليك إزالة جميع الأشياء المعدنية بما في ذلك أدوات السمع، أطقم الأسنان الكلية والجزئية، المفاتيح، جهاز الإخطار التلفوني، الهاتف الخليوي، النظارات، دبابيس الشعر، المشابك، المجوهرات، مجوهرات ثقب الجسد، الساعة، دبابيس الأمان، مشابك الورق، مشبك الرزم المالية، بطاقات الائتمان، بطاقات الشريط المغناطيسي، العملات المعدنية، الأقلام، سكين الجيب، أدوات قص الأظافر، الملابس ذات المشببات المعدنية، الملابس ذات الخيوط المعدنية.

يرجى استشارة موظفي التصوير بالرنين المغناطيسي إذا كان لديك أي أسئلة أو مخاوف قبل الدخول إلى غرفة نظام التصوير بالرنين المغناطيسي.

هل لديك أي مما يلي:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا جهاز تنظيم ضربات القلب أو مزيل الرجفان أو الأسلاك | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا مضخة مزروعة، قطب كهربائي، سلك، محفز | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا رصاصة، كريات أو حبيبات فلزية، شظايا أو فضيات معدنية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا بذور الإشعاع أو غرسات في جسمك | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا مقاطع تمدد الأوعية الدموية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا احتمال وجود معدن في العين | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا زراعة عين أو أذن أو قوقعة | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أطراف اصطناعية للقلب أو العين أو القضب | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الدبابيس أو المشابك أو الغرز | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا موسعات الأنسجة | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا دعامة أو ملف تمدد أو فلتر | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |

الأسئلة الصحيحة:

- نعم لا هل لديك أي نوع من الحساسية؟
 نعم لا هل تعاني من مرض السكري؟
 نعم لا هل أجريت لك عملية جراحية في الكلى، هل لديك كلية واحدة فقط؟

للنساء:

- نعم لا هل هناك أي احتمال أن تكوني حاملاً؟
 تاريخ آخر دورة شهرية _____ / _____ / _____
 نعم لا هل أنت مرضعة؟ (لن يؤدي الاختبار والصبغة طفلك).
- مرحلة ما بعد انقطاع الطمث
 نعم لا هل تستخدمين حالياً لولباً مهبلياً أو غشاءً حاجزاً أو حلقة مهبلياً؟

أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة على حد علمي. لقد قرأت وفهمت محتويات هذه الاستمارة وأتحت لي الفرصة لطرح أسئلة بخصوص المعلومات الواردة في هذه الاستمارة وفيما يتعلق بإجراءات الرنين المغناطيسي الذي أنا على وشك الخضوع له.

توقيع الشخص الذي قام بملء الاستمارة _____ التاريخ _____ / _____ / _____

تم ملء الاستمارة من قبل: المريض أحد الأقارب اسم الممرض/الطبيب: _____

تمت المراجعة من قبل (طاقم التصوير بالرنين المغناطيسي فقط): (توقيع) _____

اسم مسؤول التصوير بالرنين المغناطيسي: (كتابة) _____ (التاريخ) _____ / _____ / _____

هوية المترجم: _____

المرضى فقط:

- هل هناك حاجة إلى معدات مراقبة رنين مغناطيسي؟ نعم لا