

## MRI Safety Screening

उम्र \_\_\_\_\_ वजन \_\_\_\_\_ ऊंचाई \_\_\_\_\_

### स्वास्थ्य संबंधी प्रश्न:

- हां  नहीं क्या आप क्लॉस्ट्रोफोबिक (एक बंद स्थान का भय होना) हैं?  
 हां  नहीं क्या आपको कभी कैंसर हुआ है?  
 यदि हां, तो कोई कीमोथेरेपी हुई?  हां  नहीं विकिरण चिकित्सा?  हां  नहीं  
 हां  नहीं क्या आपकी पहले कोई सर्जरी हुई है? कृपया **सभी कराई गई** सर्जरी की सूची बनाएं:  
 सर्जरी: \_\_\_\_\_ बाएं  दाएं  लागू नहीं  दिनांक: \_\_\_\_\_  
 सर्जरी: \_\_\_\_\_ बाएं  दाएं  लागू नहीं  दिनांक: \_\_\_\_\_  
 सर्जरी: \_\_\_\_\_ बाएं  दाएं  लागू नहीं  दिनांक: \_\_\_\_\_

एमआर स्कैन कक्ष में प्रवेश करने से पहले, आपको श्रवण यंत्र, डेन्चर, आंशिक प्लेट, चाबियां, बीपर, सेल फोन, ग्लास, हेयर पिन्, बैरेट्स, गहने, बॉडी पियर्सिंग वाले गहने, घड़ी, सेफ्टी पिन्, पेपरक्लिप, पैसे, क्रेडिट कार्ड, मैग्नेटिक स्ट्रिप कार्ड, सिक्के, पेन, पॉकेट वाला चाकू, नेल क्लिपर टूल, धातु फास्टरों वाले कपड़े और धातु के धागे वाले कपड़े सहित सभी धातु की वस्तुओं को हटाना होगा।

यदि एमआरआई सिस्टम रूम में प्रवेश करने से पहले आपका कोई प्रश्न या चिंता हो तो कृपया एमआरआई स्टाफ से परामर्श लें।

### क्या आपके पास निम्नलिखित में से कोई है:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | पेसमेकर, डिफाइब्रिलेटर, या तार                 | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | एंपेड्यूरल, स्वान गैंज कैथेटर या पोर्ट       |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | इंफ्लूएंजा वायरस, इलेक्ट्रोड, तार, स्टैमुलेंटर | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | एकल ब्रेसलेट या ट्राकेग डिवाइस               |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | बुलेट, गोली, बॉंब, छरे या धातु क टुकड़े        | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | आइलैंड स्प्रिंग्स या तार                     |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | आपके शरीर में वीकरण बॉज या इंफ्लूएंजा          | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | टेटू, स्थायी आँख का मेकअप, या बॉडी पियर्सिंग |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | धमनीवैस्कुलर क्लिप                             | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | आँसू पंच                                     |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | आँखों में संभावित धातु                         | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | शट   |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | आँख, कान, या कर्णवत इंफ्लूएंजा                 | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | बनावटी अंग                                   |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | हृदय, आँख, या शिशु कृत्रिम अंग                 | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | पंच, प्लेट, जाड़ा का रिप्लेसमेंट             |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | स्टैपल, क्लिप, या टांक                         | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | निरंतर ग्लूकोज मॉनिटर                        |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | ऊतक विस्तारक                                   | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | श्रवण यंत्र या डेन्चर                        |
| <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | स्टैंट, कॉइल या फिल्टर                         | <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं | अन्य (इंफ्लूएंजा या उपकरण-सूचोबद्ध नहीं)     |

### स्वास्थ्य संबंधी प्रश्न:

- हां  नहीं क्या आपको कोई एलर्जी है?  
 हां  नहीं क्या आपको मधुमेह है?  
 हां  हां क्या आपकी किडनी में कोई समस्या है?  
 हां  नहीं क्या आपको कंट्रास्ट से कोई एलर्जी है?  
 हां  नहीं क्या आपकी किडनी की सर्जरी हुई है, क्या आपके पास केवल 1 किडनी है?

### महिलाओं के लिए:

- हां  नहीं क्या आपके गर्भवती होने की कोई संभावना है?  
 अंतिम मासिक धर्म की तारीख \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 हां  नहीं क्या आप स्तनपान करा रही हैं? (टेस्ट और ड्राई आपके बच्चे को नुकसान नहीं पहुंचाएगा।)  
 हां  नहीं क्या आपके पास आईयूडी, डायफ्राम, या पेसरी है?  
 हां  नहीं क्या आपके पास आईयूडी, डायफ्राम, या पेसरी है?

मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही है। मैंने इस फॉर्म की सामग्री को पढ़ और समझ लिया है और मुझे इस फॉर्म की जानकारी और एमआर प्रक्रिया के बारे में प्रश्न पूछने का अवसर मिला है जिससे मैं गुजरने वाला/ली हूँ।

फॉर्म भरने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

द्वारा फॉर्म पूरा किया गया:  रोगी  रिश्तेदार  आरएन/एमडी प्रिंट नाम। \_\_\_\_\_

(केवल एमआरआई स्टाफ द्वारा) समीक्षा की गई: (हस्ताक्षर करें) \_\_\_\_\_

एमआरआई स्टाफ: (प्रिंट) \_\_\_\_\_ (दिनांक) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

दुभाषिये का आईडी: \_\_\_\_\_

### केवल आरएन:

मॉनिटरिंग/एमआर उपकरण की आवश्यकता है?  हां  नहीं