

MAGNETIC RESONANCE (MR) PROCEDURE SCREENING FORM FOR PATIENTS

Date ____/____/____

Patient Number _____

Name _____
Last name First name Middle Initial

Age _____ Height _____ Weight _____

Date of Birth ____/____/____
 month day year

Male Female

Body Part to be Examined _____

Address _____

Telephone (home) (____) ____-____

City _____

Telephone (work) (____) ____-____

State _____ Zip Code _____

Reason for MRI and/or Symptoms _____

Referring Physician _____

Telephone (____) ____-____

1. Have you had prior surgery or an operation (e.g., arthroscopy, endoscopy, etc.) of any kind? No Yes

If yes, please indicate the date and type of surgery:

Date ____/____/____ Type of surgery _____

Date ____/____/____ Type of surgery _____

2. Have you had a prior diagnostic imaging study or examination (MRI, CT, Ultrasound, X-ray, etc.)? No Yes

If yes, please list: Body part Date Facility

MRI _____ /____/____ _____

CT/CAT Scan _____ /____/____ _____

X-Ray _____ /____/____ _____

Ultrasound _____ /____/____ _____

Nuclear Medicine _____ /____/____ _____

Other _____ /____/____ _____

3. Have you experienced any problem related to a previous MRI examination or MR procedure? No Yes

If yes, please describe: _____

4. Have you had an injury to the eye involving a metallic object or fragment (e.g., metallic slivers, shavings, foreign body, etc.)? No Yes

If yes, please describe: _____

5. Have you ever been injured by a metallic object or foreign body (e.g., BB, bullet, shrapnel, etc.)? No Yes

If yes, please describe: _____

6. Are you currently taking or have you recently taken any medication or drug? No Yes

If yes, please list: _____

7. Are you allergic to any medication? No Yes

If yes, please list: _____

8. Do you have a history of asthma, allergic reaction, respiratory disease, or reaction to a contrast medium or dye used for an MRI, CT, or X-ray examination? No Yes

9. Do you have anemia or any disease(s) that affects your blood, a history of renal (kidney) disease, renal (kidney) failure, renal (kidney) transplant, high blood pressure (hypertension), liver (hepatic) disease, a history of diabetes, or seizures? No Yes

If yes, please describe: _____

For female patients:

10. Date of last menstrual period: ____/____/____ Post menopausal? No Yes

11. Are you pregnant or experiencing a late menstrual period? No Yes

12. Are you taking oral contraceptives or receiving hormonal treatment? No Yes

13. Are you taking any type of fertility medication or having fertility treatments? No Yes

If yes, please describe: _____

14. Are you currently breastfeeding? No Yes

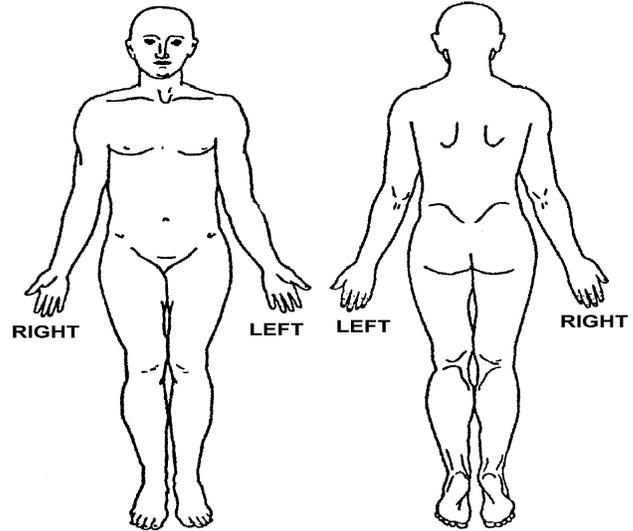


WARNING: Certain implants, devices, or objects may be hazardous to you and/or may interfere with the MR procedure (i.e., MRI, MR angiography, functional MRI, MR spectroscopy). Do not enter the MR system room or MR environment if you have any question or concern regarding an implant, device, or object. Consult the MRI Technologist or Radiologist **BEFORE** entering the MR system room. The MR system magnet is **ALWAYS** on.

Please indicate if you have any of the following:

- Yes No Aneurysm clip(s)
- Yes No Cardiac pacemaker
- Yes No Implanted cardioverter defibrillator (ICD)
- Yes No Electronic implant or device
- Yes No Magnetically-activated implant or device
- Yes No Neurostimulation system
- Yes No Spinal cord stimulator
- Yes No Internal electrodes or wires
- Yes No Bone growth/bone fusion stimulator
- Yes No Cochlear, otologic, or other ear implant
- Yes No Insulin or other infusion pump
- Yes No Implanted drug infusion device
- Yes No Any type of prosthesis (eye, penile, etc.)
- Yes No Heart valve prosthesis
- Yes No Eyelid spring or wire
- Yes No Artificial or prosthetic limb
- Yes No Metallic stent, filter, or coil
- Yes No Shunt (spinal or intraventricular)
- Yes No Vascular access port and/or catheter
- Yes No Radiation seeds or implants
- Yes No Swan-Ganz or thermodilution catheter
- Yes No Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine)
- Yes No Any metallic fragment or foreign body
- Yes No Wire mesh implant
- Yes No Tissue expander (e.g., breast)
- Yes No Surgical staples, clips, or metallic sutures
- Yes No Joint replacement (hip, knee, etc.)
- Yes No Bone/joint pin, screw, nail, wire, plate, etc.
- Yes No IUD, diaphragm, or pessary
- Yes No Are you here for an MRI examination?
- Yes No Dentures or partial plates
- Yes No Tattoo or permanent makeup
- Yes No Body piercing jewelry
- Yes No Hearing aid
(Remove before entering MR system room)
- Yes No Other implant _____
- Yes No Breathing problem or motion disorder

Please mark on the figure(s) below the location of any implant or metal inside of or on your body.



! IMPORTANT INSTRUCTIONS

Before entering the MR environment or MR system room, you must remove all metallic objects including hearing aids, dentures, partial plates, keys, beeper, cell phone, eyeglasses, hair pins, barrettes, jewelry, body piercing jewelry, watch, safety pins, paperclips, money clip, credit cards, bank cards, magnetic strip cards, coins, pens, pocket knife, nail clipper, tools, clothing with metal fasteners, & clothing with metallic threads.

Please consult the MRI Technologist or Radiologist if you have any question or concern **BEFORE you enter the MR system room.**

NOTE: You may be advised or required to wear earplugs or other hearing protection during the MR procedure to prevent possible problems or hazards related to acoustic noise.

I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I read and understand the contents of this form and had the opportunity to ask questions regarding the information on this form and regarding the MR procedure that I am about to undergo.

Signature of Person Completing Form: _____ Date ____/____/____
Signature

Form Completed By: Patient Relative Nurse _____
Print name Relationship to patient

Form Information Reviewed By: _____
Print name Signature

MRI Technologist Nurse Radiologist Other _____

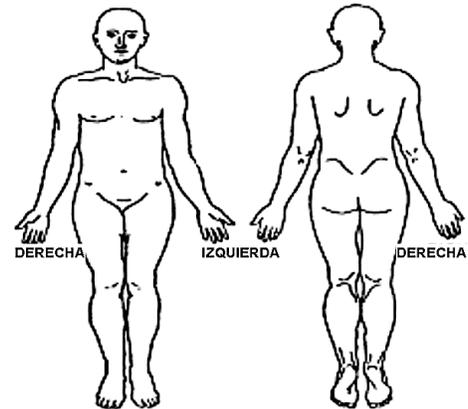


ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos, u objetos pueden ser peligrosos y/o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética (es decir, MRI, MR angiografía, MRI funcional, MR espectroscopía). **No entre** a la sala del escáner de MR o a la zona del laboratorio de MR si tiene alguna pregunta o duda relacionadas con un implante, dispositivo, u objeto. Consulte con el técnico o radiólogo de MRI ANTES de entrar a la sala del escáner de MR. **Recuerde que el imán del sistema MR está SIEMPRE encendido.**

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- Sí No Pinza(s) de aneurisma
- Sí No Marcapasos cardíaco
- Sí No Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)
- Sí No Implante electrónico ó dispositivo electrónico
- Sí No Implante ó dispositivo activado magnéticamente
- Sí No Sistema de neuroestimulación
- Sí No Estimulador de la médula espinal
- Sí No Electrodo(s) ó alambres internos
- Sí No Estimulador de crecimiento/fusión del hueso
- Sí No Implante coclear, otológico, u otro implante del oído
- Sí No Bomba de infusión de insulina ó similar
- Sí No Dispositivo implantado para infusión de medicamento
- Sí No Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.)
- Sí No Prótesis de válvula cardíaca
- Sí No Muelle ó alambre del párpado
- Sí No Extremidad artificial ó prótesis
- Sí No Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico
- Sí No Shunt (espinal ó intraventricular)
- Sí No Catéter y/u orificio de acceso vascular
- Sí No Semillas ó implantes de radiación
- Sí No Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución
- Sí No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
- Sí No Cualquier fragmento metálico ó cuerpo extraño
- Sí No Implante tipo malla
- Sí No Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
- Sí No Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
- Sí No Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)
- Sí No Varilla de hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, chapas, etc.
- Sí No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
- Sí No Dentaduras ó placas parciales
- Sí No Tatuaje ó maquillaje permanente
- Sí No Perforación (piercing) del cuerpo
- Sí No Audífono (*Quíteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR*)
- Sí No Otro implante _____
- Sí No Problema respiratorio ó desorden del movimiento

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.



¡AVISO IMPORTANTE!

Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audífono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.

Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala de escáner de MR.

NOTA: Es posible se le pida usar auriculares u otra protecci prevenir problemas ó riesgos asociados al nivel de ruido en l

Atestigo que la información anterior es correcta según mi mejor entender. Leo y entiendo el contenido de este cuestionario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación a la información en el cuestionario y en relación al estudio de MR al que me voy a someter a continuación.

Firma de la persona llenando este cuestionario: _____ Firma _____ Fecha ____/____/____

Cuestionario lleno por: Paciente Pariente Enfermera _____ Nombre en letra de texto _____ Relación con el paciente _____

Información revisada por: _____ Nombre en letra de texto _____ Firma _____
 Técnico de MRI Enfermera Radiólogo Otro _____

الرنين المغناطيسي (MRI) : نموذج الأسئلة التي يجب أن يجيب عليها المريض قبل فحص التصوير بالمرنان

التاريخ _____ \ _____ \ _____ رقم ملف المريض _____

الاسم _____ العمر _____ الطول _____ الوزن _____ كغم

الاسم الأول _____ اسم الأب _____ الجد _____ العائلة _____

تاريخ الميلاد _____ \ _____ \ _____ الجنس: ذكر انثى عضو الجسم المراد تصويره _____

العنوان _____ رقم الهاتف (المنزل) _____ - _____ (_____)

المدينة _____ رقم الهاتف (العمل) _____ - _____ (_____)

البلد _____ الرمز البريدي _____

سبب صورة الرنين أو \ والأعراض _____

اسم الطبيب المعالج _____ رقم هاتف الطبيب _____ - _____ (_____)

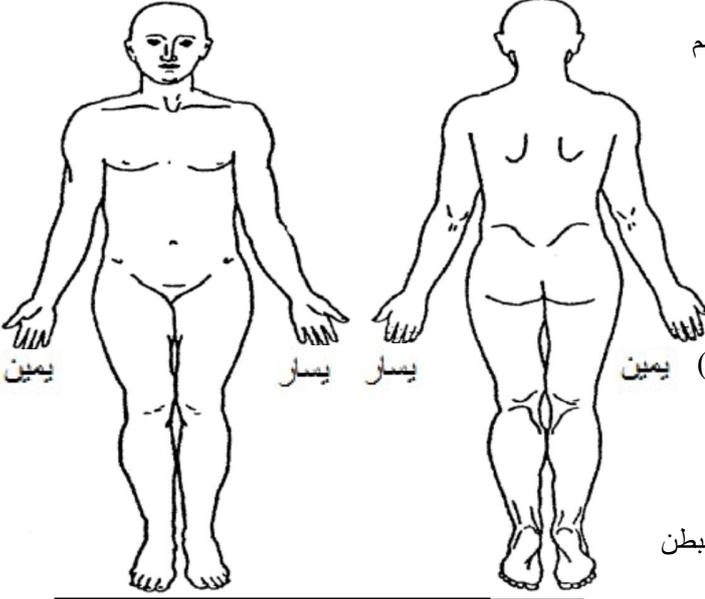
1. هل خضعت سابقا للجراحة أو أي عمليات طبية (مثل، تنظيف المفاصل، المنظار العام، إلخ.) من أي نوع؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فضلا قم بكتابة التاريخ و نوع العملية الجراحية :
التاريخ _____ \ _____ \ _____ نوع الجراحة _____
التاريخ _____ \ _____ \ _____ نوع الجراحة _____
2. هل أجريت أي صور طبية أو فحوصات تشخيصية (رنين مغناطيسي، تصوير طبيقي، سونار، أشعة سينية، إلخ.) لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم ، فضلا أذكر: عضو الجسم _____ التاريخ _____ المستشفى أو العيادة _____
الرنين المغناطيسي _____
التصوير الطبيقي _____
الأشعة السينية _____
الموجات الصوتية _____
الطب النووي _____
أخرى _____
3. هل واجهت أي مشاكل سابقا متعلقة بتصوير الرنين المغناطيسي أو إجراءات الرنين المغناطيسي؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم ، فضلا أذكر: _____
4. هل تعرضت لإصابة سابقا في العين بجسم معدني أو شظية (مثل، خرطة المعادن، برادة الحديد، إلخ) لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم ، فضلا أذكر: _____
5. هل تعرضت للإصابة بجسم معدني غريب (مثل ، خردق الصيد ، رصاص ، شظايا معدنية ، إلخ) لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم ، فضلا أذكر: _____
6. هل تأخذ حاليا أو أخذت مؤخرا أي ادوية أو مستحضرات طبية ؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم ، فضلا اذكرها: _____
7. هل لديك حساسية من أي ادوية ؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم ، فضلا اذكرها: _____
8. هل تعاني من الربو أو الازمة الصدرية ، تحسس ، أمراض تنفسية ، أو تعرضت لردة فعل تحسسي بسبب المادة الملونة أو صبغة التصوير المستخدمة في فحوصات الرنين المغناطيسي أو التصوير الطبيقي أو الأشعة السينية؟ لا نعم
9. هل لديك فقر دم أو أي مرض (أمراض) مؤثرة في الدم ، أو تاريخ مرضي في الكلى ، أو فشل كلوي ، أجريت زراعة كلى، أو تعاني من ارتفاع ضغط الدم ، أو أمراض الكبد ، السكري ، أو نوبات صرع ؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم ، فضلا أذكر: _____
- ✓ هل جميع الأسئلة السابقة واضحة بالنسبة لكم؟ لا نعم
- السيدات :
10. تاريخ آخر دورة شهرية : _____ \ _____ \ _____ بعد إنقطاع الطمث؟ لا نعم
11. هل يوجد حمل أو هناك تأخر في موعد الدورة الشهرية؟ لا نعم
12. هل تتناولين حبوب منع الحمل أو تأخذين علاج هرموني؟ لا نعم
13. هل تتناولين أي نوع من أدوية الخصوبة أو تأخذين علاج للعقم؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم ، فضلا اذكرها: _____
14. هل أنت حاليا مرضعة؟ لا نعم



تحذير: بعض الغرسات الجراحية أو الأجهزة الطبية المزروعة داخل الجسم من المحتمل ان تشكل خطورة عليك أو أن تؤثر سلبا علي فحص الرنين المغناطيسي (صورة الرنين العادية، تصوير الشرايين بالرنين، صورة الرنين الوظيفية، التحليل الطيفي بالرنين المغناطيسي) أو كلاهما معا. **لا تدخل** غرفة الرنين المغناطيسي أو الاماكن المتصلة به. اذا كان لديك شك أو قلق حيال جهاز طبي مزروع داخل جسمك أو أي غرسة معدنية. قم بإستشارة اخصائي الرنين المغناطيسي أو طبيب الأشعة **قبل** دخول محيط جهاز الرنين المغناطيسي. المجال المغناطيسي لجهاز الرنين دائما في وضع التشغيل

يرجى توضيح ما إذا كان لديك أي مما يلي:

يرجى وضع علامة على الشكل (الأشكال) أدناه في موقع أي أجهزة طبية أو معدن مزروعة داخل أو على جسمك.



تعليمات هامة



قبل دخول محيط جهاز الرنين أو غرفة التصوير بالرنين المغناطيسي، يجب عليك إزالة **كل** الأجسام المعدنية و ايضا مساعدات السمع أو السماعات الطبية، اطقم الأسنان، التركيبات الجزئية، المفاتيح، البيجر، الهاتف النقال، النظارات الشمسية، دبائيس الشعر، المشابك، المجوهرات، الأقراط، الساعات، الدبائيس، مشابك الورق، مشبك النقود، البطاقات الائتمانية، البطاقات البنكية، البطاقات الممغنطة، العملات المعدنية، الأقلام، سكين الجيب، مقص الأظافر، الأدوات المعدنية، الملابس التي بها سحابات معدنية و الملابس التي بها اي معادن. الرجاء إستشارة اخصائي تصوير الرنين أو طبيب الأشعة إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات قبل دخول غرفة الرنين المغناطيسي.

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| مشبك أم الدم الدماغية (تمدد الأوعية الدموية) | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| جهاز تنظيم ضربات القلب | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| مزيل الرجفان القلبي المغروس | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| اجهزة إلكترونية أو زرعات طبية داخل الجسم | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| اجهزة مغناطيسية مزروعة داخل الجسم | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| جهاز المحفز العصبي | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| محفز الحبل الشوكي | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| الأقطاب الداخلية أو الأسلاك الطبية | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| محفز نمو \ التئام العظام | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| زرعات في القوقعة ، الأذن أو القناة السمعية | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| مضخة الإنسولين أو أي مضخات اخرى | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| أجهزة حقن الأدوية المغروسة في الجسم | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| الأعضاء الصناعية في (العين، القضيب، إلخ) | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| صمام القلب الصناعي | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| نابض أو زنبرك في جفن العين | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| الأطراف الصناعية | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| الدعامات المعدنية، فلتر، أو لفائف | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| عملية التحويل من الدماغ أو الحبل الشوكي للبطن | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| منفذ وصول الأوعية الدموية و/ أو القسطرة | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| بذور مشعة في غدة البروستاتا | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| سوان-غانز أو قسطرة قياس فرق الحرارة | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| لصقات دوائية (نيكوتين ، لصقة النيتروديرم) | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| أي جزء معدني أو غريب داخل الجسم | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| شبكات معدنية طبية داخل الجسم | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| موسع الأنسجة (مثل، الثدي ، إلخ) | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| دبائيس أو مشابك جراحية أو غرز ، قطب معدنية | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| مفاصل صناعية (الفخذ ، الركبة ، إلخ) | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| مسامير ، أسلاك ، صفائح أو براغي العظام والمفاصل | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| اللؤلؤ أو ادوات منع الحمل | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| أطقم الاسنان أو التركيبات المتحركة | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| الوشم أو ماكياج دائم | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| الأقراط أو الحلقات المعلقة بالجسم | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| مساعدات السمع (قم بإزالتها قبل دخول صورة الرنين) | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| أي زراعات طبية أخرى | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| صعوبة في التنفس أو اضطرابات في الحركة | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| الخوف من الأماكن الضيقة | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |

ملاحظة: قد ينصح أو يطلب منك إرتداء سدادات الأذن أو غيرها من وسائل حماية السمع أثناء إجراء الرنين المغناطيسي وذلك للحماية من المشاكل المحتملة أو المخاطر المتعلقة بالضوضاء الصوتية.

أقر بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة على حد علمي. لقد قمت بقراءة و فهم محتويات هذا النموذج و أتيتحت لي الفرصة ل طرح الأسئلة التوضيحية المتعلقة بالمعلومات المذكورة أعلاه وفيما يتعلق بفحص الرنين المغناطيسي الذي سوف اخضع له.

توقيع الشخص الذي قام بالإجابة على النموذج:

التاريخ

تمت تعبئة النموذج بواسطة: المريض نفسه احد الأقارب التمريض

الاسم _____ صلة القرابة بالمريض

تمت مراجعة المعلومات في النموذج بواسطة:

أخصائي الرنين المغناطيسي التمريض طبيب الأشعة شخص اخر

