

هوالشافی

تاریخ: / / کد پذیرش بیمار:

نام و نام خانوادگی:

سن: قد: وزن:

تاریخ تولد: / / جنسیت:

ناحیه ی مورد آزمون:

آدرس محل سکونت:

شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه: شماره تلفن محل کار:

علائم بالینی بیمار: پزشک ارجاع دهنده:

- آیا قبلا عمل جراحی مثل آرتروسکوپی، آندوسکوپی و ... داشته اید؟ اگر جواب بله است، نوع و تاریخ انجام عمل جراحی را بنویسید.
- آیا قبلا سابقه ی انجام آزمون تشخیصی مثل سونوگرافی، رادیوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای و ... داشته اید؟ اگر جواب بله است تاریخ و نوع آزمون و ناحیه ی مورد آزمون قبلی را بنویسید.
- آیا در صورت انجام آزمون MRI قبلی، در طی آزمون با مشکلی مواجه شده اید؟
- آیا در اثر حادثه ای، جسم خارجی یا اجسام فلزی نظیر براده ی آهن در چشم شما وجود دارد؟ در صورتی که جواب بله است توضیح دهید.
- آیا تا به حال توسط جسم فلزی نظیر گلوله یا چاقو یا ... آسیب دیده اید؟ در صورتی که جواب بله است توضیح دهید.
- آیا اخیرا یا هم اکنون تحت درمان با داروی خاصی هستید؟ در صورتی که جواب بله است نوع آن را ذکر کنید.
- آیا سابقه ی حساسیت به داروی خاصی دارید؟ در صورتی که جواب بله است نوع آن را ذکر کنید.
- آیا سابقه ی بیماری آسم، واکنش حساسیتی، بیماری تنفسی یا واکنش به ماده ی کنتراست سی تی اسکن و یا MRI و ... داشته اید؟ در صورتی که جواب بله است نوع آن را ذکر کنید.
- آیا کم خونی یا بیماری مرتبط با خون دیگری یا فشار خون یا بیماری و نارسایی کلیوی، بیماری کبدی، دیابت و یا صرع دارید؟ در صورتی که جواب بله است توضیح دهید.

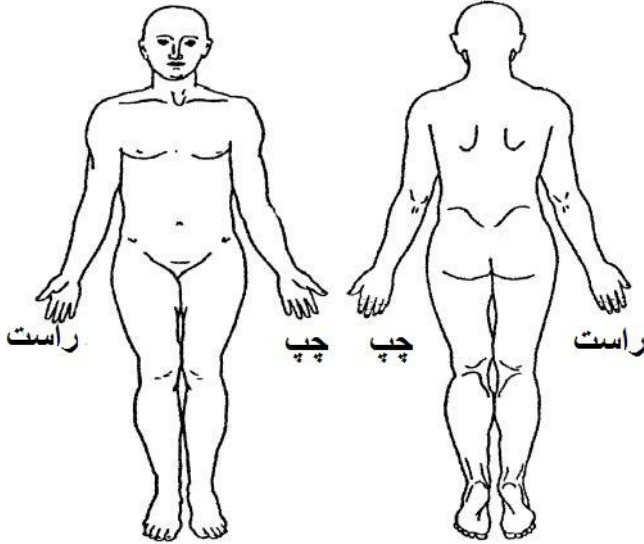
مختص بانوان:

- تاریخ آخرین قاعدگی را ذکر کنید: / /
- آیا باردار هستید؟ و یا هم اکنون تاخیر در زمان قاعدگی دارید؟
- آیا فرص ضد بارداری خوراکی استفاده می کنید یا تحت درمان هورمونی هستید؟
- آیا در حال انجام نوعی از درمان باروری هستید؟ در صورت انجام نوع آن را ذکر کنید.
- آیا در حال حاضر شیردهی به نوزاد انجام می دهید؟

هشدار:

برخی ایمپلنت ها و وسایل مورد استفاده در پزشکی ممکن است اگر داخل اتاق مگنت شوند، برای بیمار خطر آفرین باشد یا با آزمون MRI تداخل داشته و کیفیت تصاویر را کاهش دهد. اگر سوالی در مورد این وسایل یا ایمپلنت ها دارید، ابتدا از کارشناس MRI یا رادیولوژیست بپرسید، سپس وارد اتاق مگنت شوید. آهنربای دستگاه MRI همواره روشن است.

در صورت وجود هر کدام از موارد زیر در مقابل آن علامت ✓ بزنید



- کلیپس آنوریسم
- باتری قلبی
- ایمپلنت دفیبریلاتور (ICD)
- وسیله یا ایمپلنت الکترونیکی
- وسیله یا ایمپلنت فعال شونده با میدان مغناطیسی
- سیستم تحریک عصبی
- محرک طناب نخاعی
- سیم یا الکتروود داخلی
- محرک رشد استخوان
- ایمپلنت های گوش یا کولنار
- پمپ تزریق انسولین و سایر پمپ های تزریق
- ایمپلنت های تزریق دارو
- انواع پروتزها
- دریچه های قلبی
- اندام های مصنوعی
- استنت های فلزی
- شانته
- پورت دسترسی عروقی یا کاتتر
- ایمپلنت های تشعشی
- پیچ های دارویی مثل نیتروگلیسرین و نیکوتین
- هر گونه قطعه ی فلزی و جسم خارجی
- شاخه های جراحی، کلیپس و ساختارهای فلزی
- پین استخوان و مفاصل
- تعویض مفصل (لگن و زانو)
- IUD
- خالکوبی و آرایش برجسته
- پیرسینگ جواهرات روی بدن
- سمعک
- سایر ایمپلنت ها
- مشکل تنفسی یا اختلال حرکتی
- ترس از محیط بسته

مکان هر کدام از موارد بالا را در صورت وجود روی شکل علامت بزنید

دستورالعمل های مهم: قبل از ورود به اتاق MRI تمامی اجسام فلزی از قبیل سمعک، دندان مصنوعی، کلید، تلفن همراه، عینک، سنجاق سر، جواهرات، ساعت، پول، کارت های اعتباری، کارت های بانکی، کارت های مغناطیسی، سکه، قلم، چاقو جیبی، ناخن گیر، ابزار، و لباس با برچسب های فلزی را خارج نمایند. در صورت داشتن هر گونه سوال، قبل از ورود به اتاق مگنت، از پزشک رادیولوژیست یا تکنولوژیست بپرسید.

من تایید می کنم که اطلاعات بالا مورد تایید است و تمامی موارد بالا را کاملاً متوجه شده و من فرصت داشته ام درباره ی تمامی موارد موجود در فرم سوال کنم.

تاریخ و امضای تکمیل کننده ی فرم: / /

تکمیل کننده ی فرم: بیمار خوشاوند بیمار پرستار

بازبینی کننده ی فرم: تکنولوژیست پرستار رادیولوژیست دیگر