

عيادة كورباخ الشعاعية

الأسم :----- تاريخ الولادة:-----

طبيب الأسرة:-----

لاتمام فحص الرنين المغناطيسي **MRT** بدون اختلاطات , نرجو منكم الأجابة على الأسئلة التالية:

- 1- هل يوجد أجهزة طبية مزروعة في جسمكم ؟ مثل :
-ناظم خطى قلبي (بطارية للقلب)
- محفز عصبي
- مضخة انسولين
-حلزون مزروع في الأذن الداخلية
- 2- هل تضع جهاز للسمع (سماعات)
- 3- هل يوجد في جسمكم دعائم وعائية (وصلات شريانية أو قطب معدنية وعائية)
- 4- هل يوجد لديكم دسام قلبي صناعي؟
- 5- هل تضعون وشم , أقراط معدنية(حلق) , أو ماكياج دائم ؟
- 6- هل تضعون لصاقه دوائية (على سبيل المثال دواء -نيوبرو- الخاص بمرضى باركنسون
- 7- هل يوجد في جسمكم بدائل معدنية كمفاصل صناعية , صفائح أو براغي؟
- 8- هل يوجد لديكم بدائل أسنان متحركة (جسور أو طقم أسنان)؟
- 9- هل أجري لكم عملية قلب؟ رأس ؟ أو في العيون؟
- 10- هل أجري لكم سابقا" عمل جراحي للمنطقة المطلوب تصويرها اليوم؟
- 11- (للنساء فقط) هل أنت حامل ؟ أو هل من الممكن أن تكونين حاملا"؟ هل ترضعين حاليا"؟
- 12- هل تعاني من ربو قصبي أو حساسية (كالتهاب أنف تحسسي, تحسس غذائي أو دوائي للبيود مثلا")
- 13- هل تعاني من قصور في وظائف الكلية؟
- 14- كم يبلغ وزنك حاليا"
- 15- هل تعاني من رهاب الأماكن المغلقة (عدم تحمل الأماكن المغلقة)؟
- 16- أوافق على أخذ المادة الظليلة في حال ضرورة اعطاءها:

الرجاء وضع سماعات الأذن , الساعة , جهاز الخليوي , محفظة النقود وكل الأشياء المعدنية , في غرفة تغيير الملابس.

فيما يلي أعطي موافقتي على اجراء الفحص المقترح:

الاسم والتوقيع:-----

كورباخ , بتاريخ :-----