

OUTPATIENT MRI SCREENING ARABIC

فحص التصوير بالرنين المغناطيسي

Patient or family member PRIOR to the MRI exam Must fill out form completely.

المريض أو احد افراد العائلة يجب ان يملأ هذه الاستمارة قبل الفحص

Name الاسم _____ Date of Birth تاريخ الميلاد _____ Weight الوزن: _____ Height الطول _____

The following items can interfere with MR imaging and some can actually be hazardous to your safety.

يمكن أن تتداخل العناصر التالية مع التصوير بالرنين المغناطيسي ويمكن أن يكون بعضها خطراً على سلامتك.

Please check YES or NO if you have any of the following items:

يرجى الاجابة بنعم أو لا إذا كان لديك أية من الاشياء التالية:

YES NO

نعم لا

QUESTION FOR MRI ELIGIBILITY/ METAL SCREENING

أسئلة عن اذا كنت مؤهل للتصوير المغناطيسي

- Have you ever had an MRI scan? هل سبق لك أن أجريت فحصاً بالرنين المغناطيسي من قبل؟
- Do you currently have an implanted Cardiac pacemaker هل لديك حالياً جهاز تنظيم ضربات القلب or defibrillator المزروع or مزيل الرجفان?
- Have you ever had a Cardiac pacemaker هل سبق لك من قبل أن كان لديك جهاز تنظيم ضربات القلب or defibrillator remove or مزيل الرجفان وتمت ازالته?

DO YOU HAVE: هل لديك:

- Aneurysm clips in brain? If yes, in which institution were they placed? _____
مشابك جراحية لعلاج تمدد الأوعية الدموية في الدماغ؟ اذا كانت الاجابة بنعم, باية مستشفى تم وضعها؟
- A neurostimulator (TENS Unit), (وحدة تحفيز كهربائي للعصب عبر الجلد) ,
insulin pump مضخة الانسولين or intrathecal pain pump مضخة الألم داخل القراب (Circle all that apply)
(ضع دائرة حول كل ما ينطبق)
- Vascular clips or intravascular filters ,
coils مرشحات داخل الأوعية or مشابك جراحية بالأوعية الدموية
ملفوفات
- Coronary or abdominal stents
الدعامات التاجية or البطنية
- Nitroglycerin , or any other medication patches on your
body لاصقات النيكوتين, النتروجلوسرين
? أو اية لاصقات اخري علي الجسم
- A surgically placed shunts If yes
تحويلات مسار وضعت جراحياً
is it programmable؟
نعم YES لا NO
- Artificial heart valve
صمامات القلب الاصطناعية
- Breast tissue expanders?
موسع انسجة الثدي
- Any orthopedic hardware
(i.e. pins , rods , screws, nails
قضبان , مثل دبابيس, rods ,
ألواح , or plates , أسلاك, wires, مسامير)
- Artificial/prosthetic limb
أو استبدال المفاصل or اطراف صناعية
or joint replacement
- Penile Implant or IUD
زرع القضيب or اللولب or الحاجب الحاجز
diaphragm
- Eye implants or tattoo eyeliner
ورشم الكحل
زرعات بالعين or
- Body tattoos or piercing
ورشم بالجسم or ثقوب

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center
University of Washington Physicians
Seattle, Washington

INPATIENT MRI SCREEN

page 1 of 2

U2392

U2392

UH2393 REV JUN 17

WHITE – MEDICAL RECORD
CANARY – PATIENT

P
R
O
G
R
E
S
S
—
B
L
U
E

OUTPATIENT MRI SCREENING ARABIC

فحص التصوير بالرنين المغناطيسي

YES NO

نعم لا

- Dentures? If yes, are they removable? YES نعم NO لا
أطقم الأسنان؟ إذا كانت الإجابة نعم ، فهل يمكن إزالتها؟
- Any metal in your body such as shrapnel, gunshot wound, BB pellet
أي جسم معدني بجسمك مثل الشظايا أو جرح من طلقات نارية أو كريات BB
- Any pieces of metal in your eyes? أية قطع معدنية بعينك؟
- Have you ever in your lifetime been a metal worker عامل معادن كنت في حياتك انك كنت عامل معادن grinder , welder , لَحَام , machinist ميكانيكي , etc.as a hobby or profession
تجليخ , وما إلى ذلك، كهواية أو كمهنة؟
- Have you ever had surgery to your inner ear? هل سبق لك أن أجريت جراحة لأذنيك الداخلية؟
Ear implants زراعة بالأذن YES نعم NO لا Hearing aids مساعدات السمع YES نعم NO لا

QUESTIONS FOR GADOLINIUM CONTRAST ADMINISTRATION

أسئلة عن مادة الجادولينيوم GADOLINIUM الملونة

- Do you have any allergies? If yes, please list:
هل لديك أي نوع من الحساسية؟ إذا كانت الإجابة نعم ، يرجى ذكرها:

- Are you allergic to MRI contrast? If yes, هل لديك حساسية للمادة الملونة التي تستخدم في التصوير المغناطيسي If yes, YES نعم NO لا
are you pre-medicated مسبقا اذا كانت الاجابة بنعم
- Do you have kidney problems, decreased kidney function, or a family history of kidney problems? هل لديك مشاكل في الكلى أو نقص في وظائف الكلى أو تاريخ عائلي لمشاكل الكلى؟
- Have you ever had Kidney surgery هل سبق لك أن أجريت جراحة بالكلى
or been on dialysis أو غسيل الكلى
- Do you have diabetes (Insulin الأنسولين or الأنسولين غير معتمد على الأنسولين Non-insulin dependent) هل لديك مرض السكر
- Are you pregnant أو هل تظنين أنك قد or do you suspect that you could be pregnant هل أنتِ حاملا
Are you nursing an infant هل ترضعين طفل رضيع YES نعم NO لا
- If you have a venous access port اذا كان لديك قسطرة للوريد تحت الجلد, do you need it accessed
فهل تحتاج توصيلها
- Have you had any surgery within the past 6 weeks? هل أجريت أي عملية جراحية خلال الـ 6 أسابيع الماضية؟
- Have you ever had surgery? هل سبق لك أن أجريت جراحة؟
If so, what type? اذا كان كذلك وما نوعها؟ _____

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center
University of Washington Physicians
Seattle, Washington

TITLE – 36 LETTERS/SPACES MAXIMUM

page 2 of 2

U2392

U2392

UH2392 REV MAR 18

OUTPATIENT MRI SCREENING ARABIC

فحص التصوير بالرنين المغناطيسي

In the past week, هل عانيت من التالي: nausea في خلال الأسبوع الماضي, vomiting غثيان / غثيان /vomiting قيء, diarrhea إسهال, fever حمى /chills قشعريرة?
If so, please specific? إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التحديد?

PATIENT SIGNATURE توقيع المريض	DATE التاريخ	LEVEL 1/2
WITNESS / RELATIONSHIP شاهد / العلاقة	PRINT NAME اكتب الاسم	LEVEL 1/2

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine
Harborview Medical Center – UW Medical Center
University of Washington Physicians
Seattle, Washington

TITLE – 36 LETTERS/SPACES MAXIMUM

page 2 of 2

U2392

U2392

UH2392 REV MAR 18

P
R
O
G
R
E
S
S
—
B
L
U
E