

Outpatient MRI Screen
Câu Hỏi Bệnh Nhân Chụp Hình MRI

Vietnamese

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

Bệnh nhân hoặc thân nhân PHẢI ĐIỀN ĐƠN TRƯỚC KHI chụp hình MRI.

Date of Birth/ **Ngày sinh:** _____ Weight/ **Nặng:** _____ Height/ **Chiều cao:** _____

Do you have any allergies? (Y/N)/ **Quý vị có phản ứng bất cứ gì không? (Có/Không)** _____

If so, Please list them/ **Nếu có, Xin liệt kê:** _____

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

Những mục sau đây có ảnh hưởng hình chụp MRI và có thể hại đến an toàn của quý vị.

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

Xin đánh dấu CÓ hoặc KHÔNG nếu quý vị có bất cứ mục gì sau đây:

YES NO

CÓ KHÔNG

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiac pacemaker or defibrillator/ Máy điều hòa nhịp tim hoặc máy khử rung tim |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aneurysm clips/ Kẹp phình động mạch |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurostimulator (TENS Unit) or insulin pump/ Máy kích thích thần kinh (Máy TENS) hoặc máy bơm thuốc insulin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vascular clip or intravascular filter, coil or stent, swan ganz/ Kẹp mạch máu hoặc mạch lọc, ống thông hoặc ống stent, ống swan ganz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artificial heart valves/ Nhân tạo tim van |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pacing wires/ Dây nhịp tim |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any metallic body such as shrapnel, gun shot wound, BB pellet/ Bất cứ kim loại gì trong cơ thể như là mảnh đạn, vết thương đạn, viên đạn BB |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any ear implants/ Bất cứ những gì gắn vào tai |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hearing aids/ Máy trợ thính |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any eye implants/ Bất cứ những gì gắn vào mắt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tattoo eyeliner/ Xăm mắt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any orthopedic items (i.e. pins, rods, screws, nails, wires, or plates)/ Bất cứ kim loại về khoa Xương (như là kim, cây sắt, vít, đinh, dây kẽm hoặc miếng kim loại) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any surgical clips, wire sutures, or surgical staple/ Bất kỳ kẹp phẫu thuật, dây khâu vết thương hoặc đinh kẹp phẫu thuật |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prosthesis or artificial limb or joint replacement/ Nhân tạo hoặc chân tay giả hoặc thay khớp |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dentures/ răng giả |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nitroglycerin or Nicotine patches/ Thuốc Nitroglycerin hoặc thuốc dán Nicotine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penile Implant or IUD or diaphragm/ Cây ghép dương vật hoặc đặt vòng tử cung hoặc màng ngăn tử cung |

PATIENT SIGNATURE / BỆNH NHÂN KÝ TÊN	DATE/ NGÀY	FORM REVIEWED BY
WITNESS/RELATIONSHIP/ NGƯỜI CHỨNG/QUAN HỆ	PRINT NAME/ VIẾT TÊN	DATE/ NGÀY

PT.NO	Place EPIC Label Within Box
NAME	
DOB	

UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

OUTPATIENT MRI SCREEN-VIETNAMESE



U2393

UH2393 REV AUG 11

WHITE – MEDICAL RECORD
CANARY – PATIENT

- Have you ever in your lifetime been a metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession?/ **Trong cuộc đời của quý vị có bao giờ làm nghề kim loại, thợ mài, thợ hàn, thợ máy v.v. vì sở thích hoặc nghề nghiệp không?**
- Do you have any pieces of metal in your eyes?/ **Quý vị có bất cứ mảnh kim loại gì trong đôi mắt không?**
- Are you nursing an infant?/ **Quý vị có trẻ sơ sinh cho bú sữa mẹ không?**
- Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant?
Quý vị đang có thai hoặc nghi ngờ có thai không?
- Have you ever had a MRI scan? If so, where and when _____
Quý vị có bao giờ chụp hình MRI không? Nếu có, tại đâu và lúc nào _____
- Have you ever had surgery?/ **Quý vị có bao giờ phẫu thuật không?**
If so, when and what type? _____
Nếu có, lúc nào và loại gì? _____
- Are you allergic to MRI contrast?/ **Quý vị có phản ứng chất cản quang MRI không?**
- Do you have kidney impairment, decreased renal function or on dialysis?
Quý vị có bệnh thận, suy thận, giảm chức năng thận hoặc lọc thận không?

Please describe your symptoms and how long they have been present: _____
Xin mô tả triệu chứng của quý vị và thời gian đã có bao lâu cho đến hiện tại? _____

Do you have any other pertinent medical problems?
Quý vị có những bệnh gì khác không? _____

PT.NO

NAME

DOB

Place EPIC Label Within Box

UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

OUTPATIENT MRI SCREEN-VIETNAMESE



U2393

UH2393 REV AUG 11