

OUTPATIENT MRI SCREENING

فحص التصوير بالرنين المغناطيسي

Arabic

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 الميلاد تاريخ _____ 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

QUESTIONS 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 or defibrillator المزروع هل لديك حالياً جهاز تنظيم ضربات القلب or الرجفان المزروع
- Have you ever had a Cardiac pacemaker or defibrillator removeهل سبق لك من قبل أن كان لديك جهاز تنظيم ضربات القلب or 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؟ إذا كانت الاجابة بنعم، باية مستشفى تم وضعها؟
- A neurostimulator (TENS Unit), (وحدة تحفيز كهربائي للعصب عبر الجلد)
insulin pump or intrathecal pain pump (Circle all that apply)
مضخة الانسولين or مضخة الألم داخل القرباب (ضع دائرة حول كل ما ينطبق)
- Vascular clips or intravascular filters, coils
مشابك جراحية بالأوعية الدموية or مرشحات داخل الأوعية، ملفوفات
- Coronary or abdominal stents
الدعامات التاجية or باطنية
- Nitroglycerin, nicotine, or any other medication patches on your body
النتروجليسرين، النيكوتين، أو لصقات الأدوية الأخرى على الجسم
- A surgically placed shunts If yes
تحويلات مسار وضعت جراحياً؟
is it programmable؟ YES نعم NO لا
- Artificial heart valve
صمامات القلب الاصطناعية
- Breast tissue expanders?
موسع انسجة الثدي
- Any orthopedic hardware (i.e. pins, rods, screws, nails, wires, plates,مسامير
ألواح , أسلاك
- Artificial/prosthetic limb or joint replacement
أطراف صناعية or استبدال المفاصل
- Penile Implant or IUD or diaphragm
زرع القضيب or اللولب or الحاجب الحاجز
- Eye implants or tattoo eyeliner
وشم الكحل or أية زروعات بالعين
- Body tattoos or piercing
وشم بالجسم or ثقوب
- Dentures? If yes, are they removable? YES نعم NO لا

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

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

OUTPATIENT MRI SCREEN - AR

Page 1 of 2



U2393

UH2393AR REV JAN 19

YES NO

نعم لا

- 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, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession
هل سبق لك في حياتك انك كنت عامل معادن , ميكانيكي , etc. as a hobby or profession
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 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
are you pre-medicated مسبقا YES نعم NO لا إذا كانت الإجابة 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 or been on dialysis?
هل سبق لك أن أجريت جراحة بالكلى أو غسيل الكلى؟
- Do you have diabetes (Insulin or Non-insulin dependent)?
هل لديك مرض السكر (الأنسولين or الأنسولين غير معتمد على الأنسولين)
- Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant?
أو هل تظنين أنك قد Are you nursing an infant طفلة رضيع YES نعم NO لا هل أنت حاملا يمكن ان تكونين حاملا
- If you have a venous access port, do you need it accessed?
إذا كان لديك قسطرة للوريد تحت الجلد 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? إذا كان كذلك وما نوعها؟ _____

In the past week, have you experienced any of the following: هل عانيت من التالي:
nausea/vomiting غثيان /قيء, diarrhea, fever, chills /حمى, إسهال, قشعريرة /chills

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

Arabic Translation by UWMC Interpreter Services

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

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

OUTPATIENT MRI SCREEN - AR

Page 2 of 2



U2393

UH2393AR REV JAN 19