

Patient Name المريض : \_\_\_\_\_

Today's Date التاريخ اليوم : \_\_\_\_\_ Age السن : \_\_\_\_\_ Weight الوزن : \_\_\_\_\_

Height الطول : \_\_\_\_\_ Sex النوع :  M رجل  F امرأة

	Y نعم	N لا	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If female: is there any possibility you could be pregnant ؟ هل هناك أي احتمال بأنك حامل؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently breastfeeding ؟ هل أنتِ حاليًا ترضعين رضاعة طبيعية؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a previous reaction to iodinated contrast media (i.e. CT contrast dye or X-ray dye) (مثل صبغة الأشعة المقطعية أو صبغة الأشعة)؟ If yes, describe reaction? (إذا كانت الإجابة بنعم ، صف رد الفعل):
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If you had a prior reaction to iodinated contrast media, have you been pre-medicated with a (corticosteroid (such as prednisone or Solu-Medrol) (مثل corticosteroid iodinated contrast media دواء ، هل سبق لك تناول دواء (مثل prednisone أو Solu-Medrol)؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have any allergies to food or medication? If yes, please list: هل لديك أية حساسية لطعمة أو ادوية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have asthma? هل لديك حساسية الربو؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, is your asthma currently affecting you؟ هل الربو يؤثر عليك حاليًا؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you take Glucophage (metformin)? هل تأخذ Glucophage (metformin)؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have kidney disease or kidney failure or kidney transplant? هل لديك مرض بالكلية أو الفشل الكلوي أو زرع الكلية؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a history of kidney cancer or mass? هل لديك تاريخ مع سرطان الكلية أو الورم؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a family history of kidney failure؟ هل لديك تاريخ عائلي مع الفشل الكلوي؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you previously had kidney surgery؟ هل سبق لك أن خضعت لجراحة في الكلية؟
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a recent illness or infection in the past week? Type هل عانيت من ايه امراض أو التهابات في الأسبوع الماضي؟ اكتبها هنا:
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been feeling sick with nausea, vomiting or diarrhea؟ هل كنت مريض و تشعر بالغثيان أو القيء أو الإسهال؟

PLACE PATIENT LABEL HERE

## UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center

UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center

University of Washington Physicians Seattle, Washington

## CT SCREENING - AR

Page 1 of 2



\*U2359\*

UH2359AR REV JAN 20

Signature of Patient or Legal Guardian

Printed Name

Date

توقيع المريض أو الوصي القانوني

أكتب الاسم

التاريخ

If signed by person other than patient, provide printed name, relationship to patient, description of authority

إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض ، فقم بكتابة الاسم والعلاقة بالمريض ووصف السلطة

**THIS SECTION IS FOR STAFF USE ONLY**

هذا القسم للاستخدام للموظفين فقط

\* Serum creatinine within 24 hours

△ Serum creatinine within 2 weeks if "Yes" to answer

Arabic translation by UWMC Interpreter Services

TECHNOLOGIST SIGNATURE	PRINT NAME	NPI	DATE	TIME
------------------------	------------	-----	------	------

PLACE PATIENT LABEL HERE

**UW Medicine**

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center

UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center

University of Washington Physicians Seattle, Washington

**CT SCREENING - AR**

Page 2 of 2



\*U2359\*

UH2359AR REV JAN 20