

## 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 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؟ إذا كانت الاجابة بنعم، باية مستشفى تم وضعها؟
- A neurostimulator (TENS Unit), (وحدة تحفيز كهربائي للعصب عبر الجلد) or insulin pump مضخة الانسولين or intrathecal pain pump أو مضخة الألم داخل القرباب (Circle all that apply) (ضع دائرة حول كل ما ينطبق)
- Vascular clips or intravascular filters or مرشحات داخل الأوعية الدموية or مشابك جراحية بالأوعية الدموية or coils ملفوفات
- Coronary or abdominal stents or بطانية التاجية or الدعامات التاجية
- Nitroglycerin or any other medication patches on your body or لصقات النيكوتين nicotine, النتروجليسرين or أية لصقات اخري علي الجسم
- A surgically placed shunts If yes كانت الإجابة بنعم If yes كانت الإجابة بنعم  
is it programmable؟ فهل هي مبرمجة؟ YES نعم  NO لا
- Artificial heart valve صمامات القلب الاصطناعية
- Breast tissue expanders? موسع انسجة الثدي
- Any orthopedic hardware (i.e. pins , rods , قضبان , screws, nails , مثل دبابيس wires , أسلاك , or plates ألواح , مسامير)
- Artificial/prosthetic limb or joint replacement or استبدال المفاصل or اطراف صناعية
- Penile Implant or IUD or diaphragm or زرع القضيب or اللولب or الحاجب الحاجز
- Eye implants or tattoo eyeliner or وشم الكحل أو زرع العين
- Body tattoos or piercing or وشم بالجسم أو ثقوب
- Dentures? If yes, are they removable? YES نعم  NO لا
- أطقم الأسنان؟ إذا كانت الإجابة نعم ، فهل يمكن إزالتها؟

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

#### OUTPATIENT MRI SCREEN - AR

Page 1 of 2



\*U2393\*

UH2393AR REV JAN 20

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 هل اخذت الدواء 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?  
هل أنت حاملا or هل تعتقد أنك قد تكونين حاملا  
Are you nursing an infant? هل ترضعين طفلا رضيعا YES نعم  NO لا
- If you have a venous access port, do you need it accessed?  
إذا كان لديك قسطرة للوريد تحت الجلد ، هل 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 في خلال الأسبوع الماضي , nausea غثيان /vomiting قيء , diarrhea إسهال , fever حمى /chills قشعريرة /chills  
? 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 – University of Washington Medical Center  
UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center  
University of Washington Physicians Seattle, Washington

#### OUTPATIENT MRI SCREEN - AR

Page 2 of 2



\*U2393\*

UH2393AR REV JAN 20