



## MRI VISITOR SAFETY QUESTIONNAIRE

### أسئلة للمرافق لفحص الرنين المغناطيسي لضمان السلامة.

يتم ملاء الاستمارة بواسطة أحد المرافقين قبل الدخول الي غرفة التصوير بالرنين المغناطيسي.

الاسم : \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

(N) لا	(Y) نعم	
		هل يوجد بالجسم جهاز منظم لضربات القلب؟
		هل تم إجراء جراحة في القلب مثل تركيب للصمام أو دعامات؟
		هل تم إجراء جراحة في المخ أو الرأس؟ ( مثل تركيب الكابسات ..... )
		هل يوجد جهاز تحويلي مبرمج للقلب أو للمخ؟
		هل تم إجراء جراحة للعيون أو الاذن.. ؟
		خصيصا تركيب أجهزة السمع الكهربائي أو تركيب دبابيس معدنية
		هل تستخدم سماعات طبية لتساعد علي السمع؟
		هل تم إجراء عمليات جراحية في أي منطقة بالجسم قد تحتوي علي أجزاء معدنية أو تركيب أجهزة؟
		هل يوجد بالجسم جهاز محفز للأعصاب؟
		هل تم إجراء عملية منظار تشمل بلع جهاز كاميرا متحركة؟
		هل يوجد أي وشم بالجسم أو بالعين؟
		هل يوجد أي لازقات لتعويض الهرمون أو النيكوتين أو الخ ....بالجسم؟
		هل تم دخول أي قطع معدنية في السابق بالعين؟
		هل تم الإصابة بطلقات نارية أو شظايا أو دخول أي معدن في الجسم؟
		هل تعاني من مرض السكري أو الصرع؟
		للإناث فقط: هل يمكن من وجود حمل؟

أنا علي علم بأن يمكن استخدام هذه الصور في مجالات نشرات البحث الطبي مع عدم ذكر الاسم في سبيل تقدم الأبحاث والعلم.

توقيع المريض : .....

توقيع الموظف : .....

التاريخ : .....

وزن المريض : .....

مركز لندن للتصوير الراسي بالرنين المغناطيسي, 44 شارع نيومان لندن دابليو 1 تي 1 كيو دي

تليفون: 4402076372888 فاكس: 4402076375888

بريد الكتروني: [info@uprightmri.co.uk](mailto:info@uprightmri.co.uk)

[www.uprightmri.co.uk](http://www.uprightmri.co.uk)