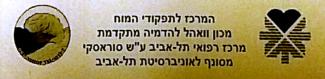
## שאלון לביצוע בדיקת תהודה מגנטית במחקר (MRI)

	פרטים אישיים	
קל:	שם פרטי: שם משפחה: מין: זכר [ נקבה   גיל: מש	
	טלפון ליצירת קשר:	
ענה/י בתשומת לב על כל השאלות הבאות – במידה והשאלות או המונחים אינם ברורים, נשמח להבהירם		
 כו לא	האם עברת בדיקת MRI בעבר ? אם תשובתך כן כתוב/י תאריך באיזה חלק של הגוף ?	
 כן <u> </u> לא		
כן 🗌 לא	האם יש לך מסתם לב מלאכותי ?	
כן 🗌 לא	האם יש בגופך שתלים כתוצאה מניתוחים (קיבועים, ברגים). האם בתוך ראשך ישנן סיכות מתכתיות ? (למשל בעקבות ניתוח מוח, ניתוח נוירוכירורגי או השתלת אוזן פנימית ?)	
 כו	האם הושתל בגופך מפרק מלאכותי כגון: ירך או ברך ?	
כו <u></u> לא	האם יש לך איבר תותב שאינו ניתן להסרה ? כגון: גפה או מכשיר שמיעה ?	
 כו <u></u> לא	האם עברת פעולה כלשהי בה הושארו בכלי הדם שלך (בלב או שאר הגוף) מרחיבים (סטנטים), פילטרים, סלילים, או צינורות אחרים ? אם תשובתך היא כן – כתוב/י מתי ? פרט/י:	
כום לאם כום לא	האם עבדת בעבודות ריתוך או עבודה אחרת בה היית חשוף/ה לרסיסי מתיָּכת ?	
כו∐ לא	האם עברת בעבר הוצאת רסיס או גוף זר מהעין ?	
 כו <u></u> לא	האם סבלת פגיעה כלשהי / פציעה (ממלחמה, ירייה, תאונה) וכתוצאה מכך זוו רסיסי מתכת ? האם ישנם עדיין ?	
 כז   לא		
כן הא	האם יש לך שיניים תותבות או כתר עשוי מתכת ?	
כו לא	האם עברת בעבר ניתוחים ? פרט/י אילו : פרט/י מתי :	
כו <u></u> לא כו	האם יש לך מחלת כליות הפוגעת בתפקוד הכלייתי וגורמת לאי ספיקת כליות ? אם תשובתך היא כן האם ידועים לך ערכי קריאטנין או BUN אחרונים ?	
כו לא כו	האם את/ה סובל/ת מקלאוסטרופוביה ? (פחד ממקומות סגורים)	

< המשך בעמוד הבא

כו□ לא	האם יש עליך מדבקות רפואיות\מדבקות ניקוטין\מדבקות אמצעי מניעה ? (שאי אפשר
□כו לא	האם יש לך איפור קבוע ?
כוֹ לא □כו	
לא כו	האם יש לך קעקוע הגדול מקוטר של 5 סיימ ? אם כן פרט גודל ומיקומים בגוף
כו <u></u> לא	האם עברת ניתוח תיקון ראיה (לייזר או אחר) פרט מתי :
כן	האם יש לך פיאה נוכרית שאינך יכול להוריד ?
כו□ לא	האם יש ברשותך הפניה לבדיקת MRI ? או הנך ממתין לבדיקת MRI ? פרט/י
כן	האם הינך נמצא במסגרת צבאית (סדיר או קבע) ?
כום לא	האם השתתפת בעבר בסריקת מחקר במכשיר MRI בעבר ? אם כן פרט/י איפה ומתי_
	האם חווית או את/ה חווה איבוד הכרה\התעלפויות\איבוד שיווי משקל\איבוד ראיה זמו
כן	שאלה זו מיועדת לנשים בלבד האם ייתכן בי את בהריון ? אם כן באיזה שבוע ?
כו <u></u> לא	האם את משתמשת בהתקן נגד הריון ? אם כן פרטי מאיזה סוג ?

לאחר מילוי הטופס בצע שמירה בלחיצה על סימן "שמור" (בצד שמאל למעלה) ושלח במייל לחוקר/ת שפנה אליך או לכתובת שהופיעה במודעה.



ממוקם בתוך המרכז הרפואי ת"א (ביה"ח איכילוב) אגף ה' – תהודה מגנטית, רחוב ויצמן 6, תל-אביב. טלפון 03-6793953 פקס 6973080