

שאלון לביצוע בדיקת תהודה מגנטית (MRI)

פרטים אישיים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מין: ☐ זכר ☐ נקבה ☐ גיל: _____ משקל: _____

טלפון ליצירת קשר: _____

ענה/י בתשומת לב על כל השאלות הבאות – במידה והשאלות או המונחים אינם ברורים, נשמח להבהירם

האם עברת בדיקת MRI בעבר ? אם תשובתך כן כתוב/י תאריך _____
באיזה חלק של הגוף ? _____

האם יש או היה לך בעבר קוצב לב ?
יש לשים לב כי אנשים עם קוצב לב אינם יכולים בשום אופן לבצע בדיקת תהודה מגנטית !

האם יש לך מסתם לב מלאכותי ?

האם יש בגופך שתלים כתוצאה מניתוחים (קיבועים, ברגים). האם בתוך ראשך ישנו
סיכות מתכתיות ? (למשל בעקבות ניתוח מוח, ניתוח נוירוכירורגי או השתלת אוזן פנימית ?)

האם הושטל בגופך מפרק מלאכותי כגון: ירך או ברך ?

האם יש לך איבר תותב שאינו ניתן להסרה ? כגון: גפה או מכשיר שמיעה ?

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:

האם עבדת בעבודות ריתוך או עבודה אחרת בה היית חשוף/ה לרסיסי מתכת ?

האם עברת בעבר הוצאת רסיס או גוף זר מהעין ?

האם סבלת פגיעה כלשהי / פציעה (ממלחמה, ירייה, תאונה) וכתוצאה מכך היית
רסיסי מתכת ? האם ישנם עדיין ?

האם הושטל בגופך מכשיר לגירוי עצבי (נוירוסטימולטור) או משאבת אינסולין או כל
משאבה אחרת ?

האם יש לך שיניים תותבות או כתר עשוי מתכת ?

האם עברת בעבר ניתוחים ? פרט/י אילו : _____
פרט/י מתי : _____

האם יש לך מחלת כליות הפוגעת בתפקוד הכלייתי וגורמת לאי ספיקת כליות ?
אם תשובתך היא כן האם ידועים לך ערכי קריאטנין או BUN אחרונים ? _____

האם את/ה סובל/ת מקלאוסטרופוביה ? (פחד ממקומות סגורים)

המשך בעמוד הבא <

האם יש עליך מדבקות רפואיות\מדבקות ניקוטין\מדבקות אמצעי מניעה ? (שאי אפשר להסירן לזמן הבדיקה)

כן ☐ לא ☐

האם יש לך איפור קבוע ?

כן ☐ לא ☐

האם יש לך פירסינג שלא ניתן להסרה ?

כן ☐ לא ☐

האם יש לך קעקוע הגדול מקוטר של 5 ס"מ ? אם כן פרט גודל ומיקומים בגוף

כן ☐ לא ☐

האם עברת ניתוח תיקון ראייה (לייזר או אחר) פרט מתי : _____

כן ☐ לא ☐

האם יש לך פיאה נוכרית שאינך יכול להוריד ?

כן ☐ לא ☐

האם יש ברשותך הפניה לבדיקת MRI ? או הנך ממתין לבדיקת MRI ? פרט/י

כן ☐ לא ☐

האם הינך נמצא במסגרת צבאית (סדיר או קבע) ?

כן ☐ לא ☐

האם השתתפת בעבר בסריקת מחקר במכשיר MRI בעבר ? אם כן פרט/י איפה ומתי _____

כן ☐ לא ☐

האם חווית או את/ה חווה איבוד הכרה\התעלפויות\איבוד שיווי משקל\איבוד ראייה זמני ?

כן ☐ לא ☐

שאלה זו מיועדת לנשים בלבד

כן ☐ לא ☐

האם ייתכן בי את בהריון ? אם כן באיזה שבוע ? _____

האם את משתמשת בהתקן נגד הריון ? אם כן פרטי מאיזה סוג ? _____

כן ☐ לא ☐

(בצד שמאל למעלה)



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



המרכז לתפקודי המוח
מכון וואהל להדמיה מתקדמת
מרכז רפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי
מסונף לאוניברסיטת תל-אביב



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

טלפון 03-6793953 פקס 03-6973080