

**מרכז שטראוס לדימות נירונלי ממוחשב**  
שאלון לפני ביצוע בדיקת דימות בתהודה מגנטית (MRI)

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ שם הנבדק (אנגלית): \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_  
משקל: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_ מין: זכר / נקבה

בדיקת MRI מבוצעת ע"י מגנט רב עוצמה. למען בטיחותך, חלה חובה לברר באם יש בגופך מתכות היכולות להפריע לבדיקה או לגרום נזק לגופך. אנא קרא/י בקפדנות ודייק/י במילוי התשובות הנכונות.

שאלה		תשובה	
האם עברת סריקת MRI רפואי בעבר? אם כן, פרט: _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם השתתפת במחקר MRI באוני' ת"א ב-3 החודשים האחרונים?		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם את/ה בשירות צבאי? (סדיר, קבע, תוכנית שירות) אחר: _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
קוצב לב / דפיברילטור		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
מסתם לב מלאכותי. פרט סוג: _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
רסיסי מתכת בגוף (ממלחמות, פיגועים, תאונות, צורפות)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
נאורוסטימולטור/אלקטרודה מושתלת /משאבה		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
שתל באוזן. סוג השתל: _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
מכשור מושתל בגוף אחרי ניתוחים (לדוג': קיבוע / ברגים / סטנט / רשת / סיכות)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
פרט: _____			
צנתר בווריד מרכזי (פורטה-קט /פיקליין/ היקמן)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם את/ה מחובר/ת לאמצעי רפואי חיצוני ישירות לגוף?		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
פרט: _____			
האם עברת ניתוח בעבר? א.ראש ב.צוואר ג.חזה/לב ד.אחר: _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם את/ה סובל/ת מאסטמה?		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
רגישות לתרופות. פרט: _____		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
פלטה בשיניים / יישור שיניים		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם יש עליך מדבקות רפואיות (ניקוטין/אמצעי מניעה) שלא ניתן להסירן?		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
קעקועים / איפור קבוע		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם יש לך פירסינג שלא ניתן להסרה?		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם את/ה סובל/ת מפחד ממקומות סגורים?		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא

**התייחסות לנשים בלבד:**

האם יש סיכוי שאת בהריון? ☐ כן ☐ לא שבוע: \_\_\_\_\_

חתימת הנבדק: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_