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

התייחסות לנשים בלבד:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| האם יש סיכוי שאת בהריון? | כן | לא | שבוע: |

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