

מרכז שטראוס לדימות נירולוגי ממוחשב

שאלון לפני ביצוע סריקת דימות בתהודה מגנטית (MRI)

שם הנבדק: _____ שם הנבדק (אנגלית): _____

תאריך לידה: _____ משקל: _____ גובה: _____

תעודת זהות: _____ 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.

תשובה		שאלה
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם עברת סריקת MRI רפואי בעבר? פרט (מתי ואיפה): _____
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם השתתפת במחקר MRI באול"ת"א ב-3 החודשים האחרונים?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם את/ה בשירות צבאי? (סדיר, קבע, תוכנית שירות) אחר: _____
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	קוצב לב / דפיברילטור / משאבת אינסולין / מסתם לב
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	רסיסי מתכת בגוף (ממלחמות, פיגועים, תאונות, צורפות)
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	שתל לאחר ניתוח (נאורוסטימולטור/אלקטרודה מושתלת /משאבה/ שתל באוזן)
		פרט: _____
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם עברת ניתוח בעבר? ראש / בקע / חזה / לב / אחר: _____
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם את/ה סובלת/ת מאסטמה? (האם יש ברשותך משאף?)
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	רגישות לתרופות. פרט: _____
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	פלטה בשיניים / יישור שיניים
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	מדבקות רפואיות (ניקוטין/אמצעי מניעה) שלא ניתן להסירן?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	קעקועים
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	איפור קבוע
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	תוספת שיער / פאה
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	עדשות מגע צבעוניות
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	פירסינג / תכשיט שלא ניתן להסרה?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	סובלת/ת מפחד ממקומות סגורים?

התייחסות לנשים בלבד:

<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם יש סיכוי שאת בהריון?
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם יש בגופך התקן תוך רחמי? שבוע: _____
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	האם את/ה סובלת/ת משינוי במחזורי חודש? אם כן, איזה סוג: _____

הצהרת בריאות:

הנני מצהיר/ה כי לא ידועה לי כל בעיה נירולוגית או אחרת המצריכה בדיקת MRI, כמו כן לא נתבקשתי לעבור בדיקה כזו על ידי רופא.

חתימת הנבדק: _____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת הנסיין: _____ תאריך: _____ שעה: _____