



שאלון לביצוע בדיקת תהודה מגנטית (MRI)

מטופל/ת נכבד/ה אנא ענה/י בתשומת לב על כל השאלות הבאות: (יש להגיע עם **שאלון מלא** ביום הבדיקה)

מדבקת פרטים אישיים

1. גיל: _____ גובה: _____ משקל: _____

2. האם עברת בדיקת MRI בעבר? אם **כן**, מתי _____ **כן / לא**

3. האם יש או היה לך בעבר קוצב לב / דפיברילטור?
יש לשים לב כי אנשים עם קוצב לב/דפיברילטור חייבים לקבל אישור מוקדם ממרפאת קוצבים לביצוע הבדיקה! **כן / לא**

4. האם יש לך מסתם מלאכותי? אם **כן**, יש לציין סוג ושנת התקנה _____ **כן / לא**

5. האם עברת פעולה כלשהי בה הושארו בכלי הדם שלך (בלב או שאר הגוף) סטנטים, פילטרים/אחר?
אם **כן**, מתי? _____ **כן / לא**

6. האם ידוע לך על הימצאות רסיסים/ סיכות/ גופי מתכת בגופך? (פציעות מלחמה/ עבודות ריתוך/ ניתוחים אורתו/ נירו')
אם **כן**, יש לפרט _____ **כן / לא**

7. האם הושלל בגופך מכשיר לגירוי עצבי (ניורוטימולטור)/משאבת אינסולין/שתל שבולול?
אם **כן**, יש לפרט _____ **כן / לא**

8. האם הושלל בגופך מפרק מלאכותי, כגון ירך או ברך? אם **כן**, יש לפרט _____ **כן / לא**

9. האם יש לך איבר תותב שאינו ניתן להסרה (גפה/ מכשיר שמיעה) אם **כן**, יש לפרט _____ **כן / לא**

10. האם אתה סובל מסוכרת? **כן / לא**

11. האם אתה סובל מיתר לחץ דם לא מאוזן? **כן / לא**

12. האם יש לך אי ספיקת כליות/ כליה בודדת/ עברת ניתוח כליה?
אם ענית כן על אחת משאלות 10, 11, 12 חובה להביא בדיקת קריאטנין עדכנית (מהשבועיים אחרונים) ערך קריאטנין _____ **כן / לא**

13. האם יש לך שיניים הניתנות להסרה (תותבות)/גשר/קוביות קבועות/פס קיבוע? **כן / לא**

14. האם יש לך קעקוע? באיזה אזור בגוף ומתי נעשה? **כן / לא**

15. האם את/ה סובל/ת מקלסטרופוביה (פחד ממקומות סגורים)? **כן / לא**

16. **שאלה זו מיועדת לנשים בלבד:** האם יתכן כי את בהריון? באיזה שבוע? _____ **כן / לא**

17. **צילומים ופענוחים קודמים** שבוצעו במכון אחר (לא במרכז הרפואי תל אביב) ורלוונטים לבדיקה הנוכחית:

מבקש/ת ביצוע פענוח לבדיקה ללא השוואה לבדיקות קודמות.

יש ברשותי צילומים קודמים, מסרתי להשוואה לנציג שירות בעת הקבלה - נא להטעינם למערכת.

ביצעתי העלאת קבצי בדיקות קודמות באתר הבא: <https://www.tasmc.org.il/service/Pages/Remote-file-upload.aspx>

שימו לב! לאחר ביצוע הבדיקה לא ניתן להביא צילומים קודמים להשוואה.

חתימת נציג שרות: _____

חתימת הנבדק _____