



ADVANCED MAGNETIC RESONANCE IMAGING

مركز شارب و الطفل للتصوير بالرنين المغناطيسي

MRN / رقم التقرير الطبي _____ Date / التاريخ _____

Name / الاسم _____

DOB/ تاريخ الولادة _____ Age / العمر _____ Wt / الوزن _____

Gender / الجنس M F

Address / العنوان _____

City / المدينة _____ State / الولاية _____ Zip / الرمز البريدي _____

Phone / الهاتف _____ Cell Phone / الهاتف النقال _____

Referring Physician / الطبيب المرسل _____

Your MRI Procedure

الإجراءات الخاصة بك التصوير بالرنين المغناطيسي

قد يطلب منك أن ترتدي ثوب المستشفى وسوف تحتاج إلى إزالة محفظتك، الساعة اليدوية، الحلق المتعلق باجزاء الجسم والمجوهرات.

إزالة جميع المعادن من الجسم بما في ذلك دبابيس الأمان ، الأقراط ، القلادة ، السوار ، النظارات ودبابيس الشعر . قد يطلب منك أيضا إزالة الأسنان الصناعية، أجهزة السمع، حمالات الصدر والملابس ذات الأظباق المعدنية.

اعتمادا على نوع من الصور التي ينبغي اتخاذها والتي تتطلب أن تكون قد بدأت باخذ المغذي من أجل الحصول على الصورة. إذا الصورة قد طلبت من طبيبك المعالج ، سيتم شرحه لك من قبل الممرضة أو من قبل الشخص المختص.

سيتم إدخالك في الغرفة المغناطيسية بعد الاستلقاء على المنضدة التي تنزلق داخل اسطوانة كبيرة وعلى الرغم من أنك سوف تستمع صوت الآلة المتكررة الشبيه بالضوضاء والذي قد يكون غير طبيعي بالنسبة إليك، وسوف يطلب منك الاستلقاء لفترات زمنية مختلفة تتراوح بين 30-60 دقيقة. أي حركة تقوم بها يمكن أن تؤثر في جودة الصورة ويتطلب تكرار ذلك من جديد.

ستكون قادرة على التواصل مع الشخص المختص عن طريق نظام اتصال داخلي أثناء الفحص الخاص بك وعن طريقه يقوم بإخبارك بالأوضاع التي يجب اتخاذها خلال المراحل المختلفة للفحص.

بعد مراجعة جميع الصور عن طريق الكمبيوتر من قبل الشخص المختص بالأشعة، سيتم إرسال التقرير إلى طبيبك الفيزيائي وعادة يتم ذلك في غضون 2-3 أيام.

لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه، وكان لدي فرصة لطرح الأسئلة. التوقيع : _____

Insurance Consents

التحويل بالحصول على المعلومات الطبية

I authorize the release of any medical information necessary to process this claim or claims for additional service during this calendar year.

Notice to Consumer

Medical doctors are licensed and regulated by the Medical Board of California. (800) 633-2322, www.mbc.ca.gov

Signature _____ Date: _____

I understand that I am responsible for all co-payments, deductibles and annual out of pocket cost that my policy may require.

I authorize payment of medical benefits to Sharp and Children's MRI Center, LLC EIN 33-052955, for services described above and all other during this calendar year.

إنني أخول بإعطاء أي من المعلومات الطبية اللازمة لمعالجة هذا الطلب أو أي طلبات لخدمة إضافية خلال هذه السنة.

Notice to Consumer

اشعار المستهلك

الأطباء مرخصون واعضاء بالمجلس الطبي التابع لولاية كاليفورنيا. (800) – 633 -2322 , www.mbc.ca.gov

Signature / التوقيع _____ Date / التاريخ _____

وأنا أفهم و مسؤول عن جميع المدفوعات ، والاستقطاعات من التكلفة السنوية من حسابي الخاص اعتمادا على نوع التأمين الصحي.

إنني أخول بدفع الفوائد الطبية لمركز شارب والطفل للتصوير بالرنين المغناطيسي ، LLCEIN 052955-33، من أجل الخدمات المذكورة أعلاه وغيرها خلال هذه السنة التقويمية.

Signature / التوقيع _____ Date / التاريخ _____

Name / الاسم _____

MRN: _____

Screening Questions

أسئلة الفحص

YES NO

- نعم لا Do you have a **pacemaker, defibrillator or aneurysm clips**?
هل لديك جهاز تنظيم ضربات القلب ، الرجفان أو مقاطع تمدد الأوعية الدموية؟
- نعم لا Have you ever had a metal injury to your eyes or metal shavings /splinters in your eyes?
هل سبق لك ان تعرضت لإصابة معدنية لعينيك أو نجارة المعادن / شظايا في عينيك؟
- نعم لا Are you pregnant or is there a possibility that you may be pregnant?
هل أنت حامل أو هل هناك احتمال ان كنت قد تكون حاملا؟
- نعم لا Do you have a history of asthma, allergic reactions and or a reaction to gadolinium?
هل لديهم تاريخ من الربو والحساسية و أو رد فعل لغادولينيوم (معدن فلزي)؟
- نعم لا Do you have any medication allergies? List; _____
هل لديك أي حساسية الدواء؟ قائمة:
- نعم لا Do you have a history of renal (kidney) disease?
هل لديك تاريخ الكلوي (الكلى) المرض؟
- نعم لا Do you have a history of hypertension?
هل لديهم تاريخ من ارتفاع ضغط الدم؟
- نعم لا Are you Claustrophobic?
هل لديك زعر من الإمكان المغلقة الضيقة؟

What is your weight? _____

ما هو وزنك؟

Do you have any of the following YES

هل لديك أي من هذه الحالات التالية

- | No | YES | NO |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Pacemaker or Pacer Wires
ضبط ضربات القلب أو أسلاك محدد السرعة | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Heart Valve Prosthesis
صمام القلب التعويضات |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Aneurysm Clips
مشبك تمدد الأوعية الدموية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Eyelid Spring or Wire
سلك جفن العين |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Defibrillator
منظم ضربات القلب | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Electronic implant or device
جهاز الكتروني مزروع |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Internal Electrodes or Wires
الاقطاب الكهربائية الداخلية أو اسلاك | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Shunt (spinal or intraventricular)
جهاز تغير مسار في العمود الفقري او داخل البطن |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Bone Growth/Bone fusion Stimulators
ورم العظام / محفز تكوين العظام | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Radiation Seeds
بذور الاشعاع |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Cochlear, Otologic Ear Implant
د انبوب مزروع داخل الاذن | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Transdermal Patch
قطعة لتفريق الجل |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Insulin or Infusion Pump
مضخة الانسولين | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Breast Tissue Expander
موسع الصدر (سيليكون) |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Swan-Ganz or Thermodilution Catheter
سوان كانز (جهاز قسطرة المنظم الحراري) | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Joint Replacement
بديل اصطناعي للمفصل |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا IUD, Diaphragm or Pessary
غشاء داخلي ما نع للحمل | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Dentures or Partial Plates
الاسنان الاصطناعية المتحركة |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Prosthesis (Eye, Penile, Limb)
اعضاء الجسم المزروعة (العين، القضيب، الأطراف) | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Tattoo or Permanent Make Up
الوشم أو المكياج الدائم |

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Any Metallic Fragment
شضايا معدنية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Body Piercing Jewelry
هيئة ثقب المجوهرات |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Surgical Staples, Clips, Metallic Sutures
الدبوس او المسمار المعدني داخل الجسم | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Hearing Aids
اجهزة السمع |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Bone/Joint pin, Screw, Nail, Wire, Plate
براغي توصيل العظام او الصفائح المعدنية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Metallic Stent, Filter, Coil or Metal
الولب داخل الشرايين او الشبكة |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Magnetically Activated Implants
المنشط المغناطيسي المزروع | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Mesh |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | Port a Cath
مدخل دواء معين للجسم | | |

I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form and had the opportunity to ask question regarding the information on this form and regarding the MRI procedure(s) I am about to undergo.

أشهد بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة على حد علمي. لقد قرأت وفهم محتويات هذا النموذج ، وأتيحت لي الفرصة لأسأل سؤال حول المعلومات الواردة في هذا النموذج وبشأن إجراء التصوير بالرنين المغناطيسي وأنا على وشك الخضوع اليه.

Signature / التوقيع _____ Date / التاريخ _____

Notice of Privacy

I hereby acknowledge receipt of Sharp and Children's MRI (scMRI) Center's Notice of Privacy which describes the ways in which scMRI may use and disclose my protected health information and describes my rights as a patient of scMRI with regard to that information.

أشهد بانني قد تسلمت من مركز شارب والطفل التصوير بالرنين المغناطيسي إشعار SCMRI والذي يوضح الطرق من اجل الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة ويوضح حقوقي كمريض في هذا المركز الصحي SCMRI فيما يتعلق بتلك المعلومات.

Signature / التوقيع _____ Date / التاريخ _____