



## DIAGNOSTIC IMAGING CENTER

### Pre-procedure Checklist and Contrast Consent Form for MRI/CT Exam

Modality:  MRI  CT

	Yes	No
<b>Have you had prior surgery or any operation/needle or injection procedure?</b> هل خضعت لأيّة عمليات جراحية من قبل/ هل خضعت لإبرة أو فحص بالحقن؟ If yes, please indicate the date and type of surgery: إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر تاريخ ونوع العملية الجراحية:		
<b>Have you had a prior MRI/ CT diagnostic imaging study or examination?</b> هل قمت بعمل فحص الرنين المغناطيسي/ الأشعة المقطعية من قبل؟		
<b>Have you experienced any problem related to a previous MRI / CT examination?</b> هل واجهتك أية مشاكل تتعلق بإجراءات فحص الرنين المغناطيسي/ الأشعة المقطعية من قبل؟		
<b>Do you have any of the following:</b>	Yes	No
<b>Kidney problems</b> مشاكل بالكلى		
<b>Hypertension</b> ضغط بالدم		
<b>Liver disease</b> أمراض الكبد		
<b>Anemia or any disease(s) that affects your blood?</b> فقر دم أو أية مشاكل تتعلق بالدم		
<b>Diabetes:</b> مريض بداء السكري		
<b>Are you currently taking, or have you recently taken any medication or drug?</b> هل أنت تأخذ حالياً أو مؤخراً أية ع 1 اجات أو أدوية؟		
<b>Are you currently taking:</b>	Yes	No
<b>Insulin</b> انسولين		
<b>Glucophage or metformin</b> (جلوكوفاج أو الميتفورمين)		

	Yes	No
<b>For female patients: للنساء</b> <b>Post-menopausal (انقطاع الدورة)</b>		
<b>Date of last menstrual period:</b> ____/____/____ آخر يوم من الدورة الشهرية ____/____/____		
<b>Are you:</b> <b>Pregnant or experiencing a late menstrual period?</b> هل أنت حامل أم تعاني من تأخر في الدورة الشهرية؟		
<b>Taking oral contraceptives or receiving hormonal treatment?</b> هل تأخذين حبوب منع الحمل أم تتلقين علاج هرموني؟		
<b>Currently breastfeeding</b> هل أنت ترضعين حالياً؟		
<b>For Contrast Study: لفحوصات الصبغة الوريدية</b>	Yes	No
<b>Thyrototoxicosis, Myeloma or Monoclonal Gammopathy.</b> مرض فرط في نشاط الغدة الدرقية		
<b>Asthma, respiratory disease or allergic reaction to medicines?</b> هل لديك تاريخ من الربو ، وأمراض الجهاز التنفسي أو رد فعل تحسسي للأدوية؟		
<b>Previous reaction to MRI / CT contrast media</b> أية أعراض سابقة لمادة الصبغة الوريدية بالرنين المغناطيسي/ الأشعة المقطعية		
<b>Others:</b>		



## DIAGNOSTIC IMAGING CENTER

### Pre-procedure Checklist and Contrast Consent Form for MRI/CT Exam

For MRI, please indicate if you have any of the following:

No	Name	Yes	No
1	Aneurysm clip(s) أدوات تمديد الأوعية الدموية		
2	Cardiac pacemaker جهاز تنظيم دقات القلب		
3	Implanted cardioverter defibrillator (ICD) زرعة أجهزة لتنظيم دقات القلب		
4	Electronic implant or device أية أجهزة أو إلكترونيات مزروعة بالجسم		
5	Magnetically-activated implant or device أية زراعة أو أجهزة ذات قوة مغناطيسية عالية		
6	Neurostimulation system نظام تحفيز الأعصاب		
7	Spinal cord stimulator محفز النخاع الشوكي		
8	Internal electrodes or wires أسلاك داخلية أو كهربائية		
9	Bone growth/bone fusion stimulator محفز نمو العظام		
10	Cochlear, otologic, or other ear implant قوقعة الأذن أو طبلة الأذن أو غيرها من الأدوات المزروعة بالأذن		
11	Insulin or other infusion pump مضخة الإنسولين أو غيرها من مضخات التحفيز		
12	Implanted drug infusion device زرع جهاز لضخ الدواء أو العقار		
13	Any type of prosthesis (eye, penile, etc.) أي نوع من البدائل ( العين وغيرها)		
14	Heart valve prosthesis صمام القلب الصناعي		
15	Eyelid spring or wire نابض أو سلك لجفن العين		
16	Artificial or prosthetic limb أطراف أو أعضاء صناعية		
18	Shunt (spinal or intra ventricular) التحويلات ( النخاع الشوكي أو داخل البطن)		
19	Vascular access port and/or catheter قسطرة / منفذ للأوعية الدموية		

	Name	Yes	No
20	Radiation seeds or implants البذور الإشعاعية أو المزروعة		
21	Swan-Ganz or thermodilution catheter قسطرة التخفيف الحراري		
22	Medication patch (Nicotine, Nitroglycerine) لصقات علاجية ( النيكوتين، النيتروجليسرين)		
23	Any metallic fragment or foreign body أي جزء معدني أو جسم غريب		
24	Tissue expander (e.g., breast) تكبير الأنسجة (على سبيل المثال الثدي)		
25	Surgical staples, clips, or metallic sutures or wire mesh implant أو الدبابيس المعدنية، والمقاطع أو الخيوط المعدنية زرع شبكات سلكية		
26	Joint replacement (hip, knee, etc.) استبدال المفاصل ( الورك والركبة وما شابه)		
27	Bone/joint pin, screw, nail, wire, plate, etc. دبابيس للعظم أو المفصل، أو مسامير ومعدن وألواح وما شابه		
28	IUD, diaphragm, or pessary أدوات مستزرعة لمنع الحمل		
29	Dentures or partial plates أطقم أو ألواح الأسنان الجزئية		
30	Tattoo or permanent makeup الوشم أو المكياج الدائم		
31	Body piercing jewelry مجوهرات أو أقراط مثبتة بالجسم		
32	Hearing aid (Remove before entering MR scan room) أدوات المساعدة على السمع (يجب إزالتها قبل دخول غرفة الرنين المغناطيسي)		
33	Other implants, if any أي عمليات زراعة أجهزة إن وجد		
34	Seizures or motion disorder نوبات اضطراب الحركة		
35	Claustrophobia الخوف من الأماكن المغلقة		
<b>Note:</b>			

## DIAGNOSTIC IMAGING CENTER

### Pre-procedure Checklist and Contrast Consent Form for MRI/CT Exam

#### Consent form to Preform the Procedure

#### إقرار بالموافقة على اجراء الفحص

Please consult the MRI Technologist or Radiologist if you have any question or concern BEFORE you enter the MRI scan room.

يجب استشارة إختصاصي الرنين المغناطيسي أو طبيب الأشعة في حال وجود اي استفسار قبل الدخول لغرفة الرنين المغناطيسي.

I confirm that the above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understood the content of this form. I have had the opportunity to ask questions regarding the information on this form and the MR procedure that I am about to undergo.

أقر بصحة المعلومات التي أوردتها أعلاه في هذا النموذج، وأقر بأنني قد قرأت محتوى هذا النموذج وعلى فهم بما يتضمنه، وقد أتيت لي الفرصة للسؤال حول المعلومات الواردة في هذا النموذج وفيما يخص فحص الرنين المغناطيسي الذي سأخضع له.

I agree to undergo CT scan/MRI with administration of intravenous Contrast media with my full knowledge of the risk and the nature of the adverse reaction of the IV contrast medium. I authorize the doctors to take decisions regarding necessary treatment/action in case of any such adverse reaction.

أقر بموافقتي على عمل الأشعة المقطعية أو الرنين المغناطيسي مع معرفتي الكاملة للمضاعفات المحتمل حدوثها عند إعطائي الصبغة الوريدية. أقر وأفوض بإعطاء الأطباء الصلاحية على اتخاذ ما يلزم من العلاج في حال حدوث أية مضاعفات خلال فحص الصبغة الوريدية.

Signature of person completing Form:

توقيع المراجع الذي قام بتعبئة النموذج:

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Form completed by: Patient/Relative  
(Name & Relationship to patient)

قام بتعبئة هذا النموذج أحد أقرباء المراجع (الاسم وصلة القرابة)

Nurse Name & Signature:

إسم الممرض/الممرضة والتوقيع: