

## Diagnostic Imaging Center

### مركز الأشعة التشخيصية

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

#### قائمة الإجراءات المسبقة وإقرار للصبغة الوريدية لفحص الرنين المغناطيسي / الأشعة المقطعية CT Scan

**Modality:** ☐ MRI ☐ CT

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

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

## Diagnostic Imaging Center

### مركز الأشعة التشخيصية

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

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

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

## Diagnostic Imaging Center

### مركز الأشعة التشخيصية

#### Consent form to Perform the Procedure

##### إقرار بالموافقة على إجراء 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 أي 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 المحتملة 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: \_\_\_\_\_

#### X-RAY USE ONLY

|                                        |                              |      |                           |      |    |
|----------------------------------------|------------------------------|------|---------------------------|------|----|
| CONTRAST                               | ATTACHED CONTRAST VIAL LABEL |      | PATIENTS WGT              |      |    |
| EXPIRY DATE                            |                              |      | CREATININE                |      |    |
| BATCH NO.                              |                              |      | eGFR                      |      |    |
| DOSE                                   |                              |      |                           |      |    |
| CHECKED BY:<br>NURSE                   | NAME                         | SIGN | ANY<br>CONTRAINDICATIONS  | YES  | NO |
| CHECKED BY:<br>RADIOLOGY<br>TECHNICIAN | NAME                         | SIGN | PROCEED WITH<br>INJECTION | YES  | NO |
| RADIOLOGIST<br>DIRECTING               | NAME                         | SIGN | DATE                      | TIME |    |