

OUTPATIENT MRI SCREENING
فحص التصوير بالرنين المغناطيسي للمرضى الخارجيين MRI

ARABIC

Name الاسم : _____ Date of Birth تاريخ الميلاد _____ Height الطول : _____ Weight الوزن : _____

Patient or family member MUST fill out the form completely PRIOR to the MRI exam.
يجب على المريض أو أحد أفراد الأسرة ملء النموذج بالكامل قبل فحص التصوير بالرنين المغناطيسي.

Please indicate if you have any of the following items:

يرجى الإشارة إلى ما إذا كان لديك أي من العناصر التالية:

YES NO
نعم لا

QUESTIONS FOR MRI ELIGIBILITY/ METAL SCREENING

أسئلة حول أهلية التصوير بالرنين المغناطيسي / فحص المعادن

- Have you ever had an MRI scan?
هل سبق لك أن أجريت فحصًا بالرنين المغناطيسي من قبل؟
- Do you currently have an implanted cardiac pacemaker or defibrillator?
هل لديك حاليًا جهاز تنظيم ضربات القلب المزروع أو مزيل الرجفان؟
- Have you ever had a cardiac pacemaker or defibrillator removed?
هل سبق لك من قبل أن كان لديك جهاز تنظيم ضربات القلب أو الرجفان وتمت إزالته؟
- Do you have restless legs, tremors or are you unable to lie flat?
هل تعاني من تملل الساقين أو الرعاش أو هل أنت غير قادر على الاستلقاء؟

Please indicate if you have:

الرجاء الإشارة إلى ما إذا كان لديك:

- Aneurysm clips in your brain? If yes, in which institution were they placed: _____
مشابك جراحية لعلاج تمدد الأوعية الدموية في الدماغ؟ إذا كانت الإجابة بنعم، باية مستشفى تم وضعها؟
- A neurostimulator, deep brain stimulator, vagus nerve stimulator, spinal cord stimulator (implanted or removed)?
منشط عصبي ، منشط عميق للدماغ ، منشط للعصب المبهم ، منشط للحبل الشوكي (مزروع أو مزال)؟

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING - AR

Page 1 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

YES NO
نعم لا

- An implanted drug pump (e.g., insulin, baclofen, chemotherapy, pain medicine)?
مضخة دواء مزروعة (على سبيل المثال ، الأنسولين ، باكليفين ، العلاج الكيميائي ، دواء الألم)؟
- Any internal electrodes (e.g., doppler wires, abandoned or fractured leads)?
أي أقطاب كهربائية داخلية (على سبيل المثال ، أسلاك دوبلر ، أسلاك مهجورة أو مكسورة)؟
- Vascular clips, GI clips, intravascular filters, artificial heart valves, or coils?
مشابك الأوعية الدموية أو الجهاز الهضمي أو المرشحات داخل الأوعية الدموية أو صمامات القلب الاصطناعية أو الملفات؟
- A capsule endoscopy or ingested a "pill cam" in the last six months?
تنظير كبسولة أو ابتلاع "كاميرا حبوب" في الأشهر الستة الماضية؟
- Coronary, abdominal, vascular, or other stents in your body?
الدعامات التاجية أو البطنية أو الوعائية أو غيرها من الدعامات في جسمك؟
- An implant held in place or controlled by a magnet (e.g., programmable shunt)?
زرعة مثبتة في مكانها أو يتم التحكم فيها بواسطة مغناطيس (على سبيل المثال ، تحويلة قابلة للبرمجة)؟
- A surgically placed non-programmable shunt (e.g. TIPS)? If yes, what type: _____
تحويلة غير قابلة للبرمجة موضوعة جراحيا (مثل TIPS)؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فما النوع:
- A loop recorder?
مسجل؟
- Eye implants?
زراعة العين؟
- Breast tissue expanders?
موسع أنسجة لثدي؟
- Any orthopedic hardware (e.g., pins, rods, screws, nails, wires, or plates)?
أي أجهزة لتقويم العظام (على سبيل المثال ، دبابيس أو قضبان أو مسامير أو أسلاك أو ألواح)؟
- An artificial/prosthetic limb or joint replacement?
طرف اصطناعي / اصطناعي أو استبدال مفصل؟
- A penile implant, IUD, Implanon/Nexplanon, or diaphragm birth control?
زرع القضيب، اللولب، الإمبلانون/النيكسبلانون، أو العازل المهبلية؟

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING - AR

Page 2 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

YES NO
نعم لا

- A glucometer sensor or any medication patches (e.g., nitroglycerin, nicotine, hormone, anti-nausea, pain)?
جهاز استشعار جهاز قياس السكر أو أي بقع لاصقة دوائية (على سبيل المثال ، النتروجليسرين ، النيكوتين ، الهرمونات ، مضادات الغثيان ، الألم)؟
- Any metallic make-up/nail polish, piercings, or hair implants/accessories (e.g., bobby pins, clips, extensions)?
أي مكياج معدني / طلاء أظافر أو ثقب بالجسم أو زراعة شعر / إكسسوارات شعر (على سبيل المثال ، دبابيس بوبي ، مشابك ، وصلات الشعر)؟
- Tattoos or tattooed eyeliner placed within the last 6 weeks?
وضع الوشم أو كحل الوشم خلال آخر 6 أسابيع؟
- Dentures? If yes, are they removable? YES نعم NO لا
طقم الأسنان؟ إذا كانت الإجابة نعم ، فهل يمكن إزالتها؟
- Any metal in your body such as shrapnel, gunshot wound, BB pellet?
أي جسم معدني بجسمك مثل الشظايا أو جرح من طلقات نارية أو كريات BB
- Any pieces of metal in your eyes?
أية قطع معدنية بعينك؟
- Worked as metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession?
هل عملت كعامل معادن ، مطحنة ، لحم ، ميكانيكي ، إلخ كهواية أو مهنة؟
- Surgery to your inner ear?
هل سبق لك أن أجريت جراحة لأذنك الداخلية؟
- Ear implants (e.g., cochlear, Baha, stapes prosthesis, or tubes)?
زراعة بالأذن (على سبيل المثال ، القوقعة ، الباه ، الطرف الاصطناعي الركابي ، أو الأنابيب)؟
- Hearing aids? مساعدات السمع
- Any other type of surgically implanted medical devices, removable medical devices or personal items not covered above? If yes, what type: _____
أي نوع آخر من الأجهزة الطبية المزروعة جراحيا أو الأجهزة الطبية القابلة للإزالة أو الأغراض الشخصية غير المشمولة أعلاه؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فما النوع:

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING - AR

Page 3 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

QUESTIONS FOR GADOLINIUM CONTRAST ADMINISTRATION

أسئلة عن مادة الجادولينيوم GADOLINIUM الملونة

YES NO
نعم لا

Do you have any allergies? If yes, please list: _____
هل لديك أي نوع من الحساسية؟ إذا كانت الإجابة نعم ، يرجى نكرها:

Are you allergic to MRI contrast? If yes, are you pre-medicated?
هل لديك حساسية للمادة الملونة التي تستخدم في التصوير المغناطيسي ، إذا كانت الإجابة بنعم هل أخذت الدواء مسبقا
YES نعم NO لا

Do you have kidney problems, decreased kidney function, or a family history of kidney problems?
هل لديك مشاكل في الكلى أو نقص في وظائف الكلى أو تاريخ عائلي لمشاكل الكلى؟

Have you ever had kidney surgery or been on dialysis?
هل سبق لك أن خضعت لجراحة في الكلى أو خضعت لغسيل الكلى؟

Do you have diabetes (Insulin or Non-insulin dependent)?
هل لديك مرض السكر (معتمد الأنسولين أو غير معتمد على الأنسولين)؟

Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant? Are you nursing an infant? YES نعم NO لا
هل أنت حامل أو تشكين في أنك قد تكونين حاملا؟ هل ترضعين رضيعا؟

Have you received an iron or Feraheme injection in the past 3 months?
هل تلقيت حقنة الحديد أو Feraheme فراهيم في الأشهر الـ 3 الماضية؟

If you have a venous access port, do you need it accessed?
إذا كان لديك قسطرة وريدية ، فهل تحتاج فهل تحتاج توصيلها؟

Have you had surgery within the past 6 weeks?
هل أجريت أي عملية جراحية خلال الـ 6 أسابيع الماضية؟

Have you ever had surgery? هل سبق لك أن أجريت جراحة؟
If so, what type? - إذا كان كذلك وما نوعها؟ _____

In the past week, have you experienced any of the following: nausea /vomiting, diarrhea, fever /chills?

في الأسبوع الماضي ، هل عانيت من أي مما يلي: الغثيان / القيء ، الإسهال ، الحمى / قشعريرة؟

If so, please specify: _____
إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التحديد:

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING - AR

Page 4 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services