



[مستوصف / عيادة: |Klinik / Praxis:]

[بيانات المريض: |Patientendaten:]

[(التاريخ): |am Datum:]
[المنطقة المراد فحصها من الجسم
[zu untersuchende Körperregion:]]

عزيزي المريض، عزيزتي المريضة،

من المقرر أن يتم معكم تطبيق طريقة التنظير بالرنين المغناطيسي، وهي طريقة حديثة للتنظير يتم فيها بالاستعانة بحقول مغناطيسية شديدة وموجات لاسلكية إعداد صور مقطعية مفصلة للجسم البشري. وتتيح الصور المجهزة بالتنظير بالرنين المغناطيسي للطبيب إمكانية التعرف على التغير المرضي الحادث، ومن ثم إتاحة إمكانية وضع الخطة العلاجية. ونظرًا لعدم استخدام أية مصادر إشعاعية فلن يكون الجسم معرضًا لإجهاد إشعاعي. نظرًا لأن الحقل المغناطيسي يكون قويًا للغاية ومشغلاً باستمرار، فيجب أن يتم خلخلة أية أشياء معدنية قبل الدخول إلى غرفة الفحص، وهو ما يتضمن الهواتف الجوالة والنظارات والساعات والحلي وإبر الشعر وأجهزة السمع والنقود والمفاتيح وقطع زينة التخريم والأسنان التعويضية القابلة للخلخلة. حوامل البيانات الرقمية والبطاقات المغناطيسية (بطاقة EC وبطاقات الائتمان، وما شابه) يمكن أن يتم محوها، لذا فلا يسمح باصطحابها في غرفة الفحص.

إذا كنت مرتديًا لمنظم قلب أو مزيل رجفان عادي، فيمكن ألا يتم إجراء التنظير بالرنين المغناطيسي، وإلا فيمكن أن تتعرض وظيفة الجهاز للتنشوش جراء تأثير الحقل المغناطيسي. مع الأجزاء المزروعة، مثل المحفز العصبي أو مضخة الأنسولين أو القطع التعويضية للأذن الداخلية أو منظم ضربات القلب المتوائم مع التنظير بالرنين المغناطيسي فإنه يمكن أن يتم إجراء التنظير بالرنين المغناطيسي، بعد أن يتم اتخاذ بعض الإجراءات الوقائية. إذا ما تطلب الأمر وجود بعض الأجسام الغريبة المعدنية، مثل الشظايا المعدنية في الجسم، فيمكن بحسب موضع الجسم الغريب (الرئة أو المخ أو العين أو القرب من الأوعية الدموية) ألا يتم إجراء التنظير بالرنين المغناطيسي. المفاصل الصناعية والقطع المعدنية المزروعة بعد العمليات الجراحية في العادة لا تعد سببًا للقلق، ومع ذلك فيرجى إطلاع الطبيب بذلك على سبيل الاحتياط.

الصبغات المحتوية على معادن في مواد التجميل (المستديمة) أو الوشوم يمكن أن تتسبب في الإصابة بتوهجات جلدية وقد تصل إلى حد الحروق. بعد الفحص يمكن أن تظهر آلام رأس خفيفة أو طنين أذن، غير أنها تزول من تلقاء نفسها في أغلب الأحوال.



nein = لا نعم = ja

لا نعم

لا نعم

لا نعم

لا نعم

أسئلة هامة لإجراء الفحص

1 هل سبق لك أن قمت بإجراء تنظير بالرنين المغناطيسي؟

Haben Sie schon einmal eine Magnetresonanztomographie erhalten?

هل عانيت من مضاعفات آنذاك؟ إن كانت الإجابة بنعم؟ فما هي؟

Ergaben sich dabei Komplikationen? Wenn ja, welche?

ما هي منطقة (مناطق) جسمك التي خضعت للفحص عندئذ؟

Welche Region(en) Ihres Körpers wurden hierbei untersucht?

2 هل أنت مركب منظم القلب أو مزيل الرجفان؟

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

3 هل ترتدي أشياء معدنية أو أجزاء مزروعة في أو على الجسم؟ برغي، ألواح، مسامير، مفاصل صناعية

في الحوض أو الركبة، دعامة شريان الأوعية التاجية في القلب أو شرايين أخرى، دبابيس الشرايين،

تحويل مسار الشرايين، لولب، صمام القلب، شظايا الغمام أو معادن،

مضخة هرمون علاج السكر أو مضخة الأدوية، مزروعات في الأذن الداخلية أو الأذن الوسطى،

جهاز التحفيز الكهربائي

أو أدوية مشابهة: _____

Haben Sie Metall oder Implantate im oder am Körper? Schrauben, Platten, Nägel, künstliche Gelenke wie Hüfte oder Knie, Gefäßstützen in Herzkranz- oder anderen Gefäßen, Gefäßclips, Bypässe, Spirale, Herzklappen, Granat- oder Metallsplitter, Insulin- bzw. Medikamentenpumpen, Innen- oder Mittelohrimplantate, elektrische Stimulationsgeräte
Sonstiges:

لا نعم

لا نعم

لا نعم

لا نعم غير متأكد

nicht sicher

4 هل سبق أن كان في عينيك شظايا معدنية؟

Haben Sie jemals Metallsplitter ins Auge bekommen?

هل تم إزالة هذه الشظايا تمامًا على يد طبيب عيون؟

Wurden diese Splitter durch einen Augenarzt komplett entfernt?

5 هل تعاني من الخوف من الأماكن المغلقة (،الرعب من الأماكن المغلقة")؟

Leiden Sie an Klaustrophobie („Platzangst“)?

6 هل توجد حالة حمل؟

Besteht eine Schwangerschaft?

*يقوم بالتوقيع أحد الأيون فقط وهو بذلك يوضح من خلال توقيعه أنه المسئول الوحيد عن حق الرعاية أو أنه على اتفاق مع الطرف الآخر الغائب.

إذا ما كنت قد اخترت مسبقًا إجابات محددة، فيرجى تصحيحها إذا ما تغيرت الحالة المعقدة عنها.

7 حساسية أو فرط الحساسية؟ إذا كانت الإجابة بنعم فيرجى وضع علامة على الإجابة الصحيحة

لا نعم

□ أدوية، □ لاصقات، □ لاتكس (مثلًا قفازات مطاطية، بالون هوائي)، □ مادة تخدير،

Allergie/Überempfindlichkeit? Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen: □ Medikamenten, □ Pflaster, □ Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon), □ Betäubungsmittel

أخرى:

Sonstiges:

لا نعم

8 هل تعاني من آلام وتريد الحصول على مسكن لإجراء الفحص؟

Leiden Sie an Schmerzen und möchten für die Untersuchung ein Schmerzmittel?

Individuelle Anmerkungen für den Patienten/die Patientin

ملاحظات خاصة للمريض/المریضة: **يما يلي تأكيد مني بأنه لم يعد لدي أية أسئلة أخرى وبأنني أوافق على إجراء التنظير بالرنين المغناطيسي المقترح.** لقد قمت بالرد على الأسئلة وفقًا لأفضل معرفة توفرت إلي.

Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und stimme der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu. Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.



توقيع المريض/المریضة/مسئول التربية*/القائم على الرعاية/الوصاية
[Unterschrift Patientin/Patienten/Erziehungsberechtigten*/Betreuer/Vormund]

توقيع الطبيب/الطبيبة
[Unterschrift der Ärztin/des Arztes]

المكان، التاريخ، الوقت
[Ort, Datum, Uhrzeit]