

שאלון קבלה/ מתכות

תאריך בדיקה: _____ שעת בדיקה: _____

פרטי הנבדק/ת: שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

מין _____ גיל _____ תאריך לידה _____ נייד _____

E-mail _____ כתובת _____

גובה _____ משקל _____

<u>הערות</u>	<u>תשובה</u>	<u>תיאור</u>
	כן / לא	האם מושתל בגופך קוצב לב, דפיברילטור מושתל?
	כן / לא	האם מושתל בגופך מסתם לב מלאכותי?
	כן / לא	האם יש בראשך מתכת לאחר ניתוח מפרצת ו/או סיכות מתכתיות?
	כן / לא	האם יש בגופך מוט מתכת, פלטה, ברגים, לאחר ניתוח?
	כן / לא	האם יש בגופך רסיסי מתכת לאחר פציעה, תאונה או מלחמה?
	כן / לא	האם יש לך שתל כוכלארי (באוזן) או מרכיב.ה מכשיר שמיעה (מושתל או נייד)?
	כן / לא	האם יש בגופך צנתרים, משאבת ערווי, משאבת אינסולין, סטימולטורים מושתלים, קטטר (צינורית), אלקטרודה/ תיל/ חוט מתכת?
	כן / לא	איפור קבוע, קעקועים או פירסינג?
	כן / לא	האם עברת דיקור סיני בעבר?
	כן / לא	במידה וכן, האם כל המחטים הוצאו מגופך בשלמותן?
	כן / לא	האם יש לך שיניים תותבות, שתלים בפה, גשר/ מתקן ליישור שיניים?
	כן / לא	האם יש לך שתלים אורתופדיים, מפרק מלאכותי, מוטות מתכת, פלטינה, ברגים ומסמרים?
	כן / לא	האם יש לך איבר תותב – עיניים גפיים או כל איבר אחר?
	כן / לא	האם יש לך מרחיב/ EXPANDER – לאחר ניתוח שד?
	כן / לא	סטנט (תומכן), פילטר (מסנן), סליל, או כל התקן אחר שהוכנס לכלי הדם במהלך ניתוח או צנתור?
	כן / לא	מדבקות משחררות חומרים/ תרופות, מדבקות לחיבור אלקטרודות?
	כן / לא	האם יש מתכת אחרת שהוחדרה לגוף בנייתו, טיפול או פרוצדורה רפואית?
	כן / לא	האם עברת בעבר ניתוח כלשהו?
	כן / לא	האם הינך נוטלת תרופות?
	כן / לא	האם הינך סובלת/ מפחד ממקומות סגורים (קלסטרופוביה)?
	כן / לא	האם עברת בדיקה של מערכת העיכול עם "הגלולה המצלמת" (Given imaging)? במידה וכן, האם הגלולה נפלטה מגופך?
	כן / לא	האם הינך סובלת/ ממחלות כרוניות/ נוספות?
	כן / לא	האם הינך עובד/ת בסביבה עם מתכות כגון ריתוך?
	כן / לא	האם יתכן שאת בהיריון?
	כן / לא	האם יש לך התקן תוך – רחמי?
	כן / לא	האם ידוע לך שיכולה להיות בעיה בטמפרטורה משתנה?
	כן / לא	האם הינך חולה במחלת האפילפסיה?
	כן / לא	האם הינך סובלת/ מפגיעה מוחית או טראומה מוחית?
	כן / לא	האם את/ה חובש פאה ו/או תוספות שיער?
	כן / לא	האם הינך נושאת נשק?
	כן / לא	האם ביצעת בעבר בדיקת MRI? במידה וכן, האם היו בעיות מיוחדות?
שמאל	ימין	יד דומיננטית

*האם יש לך ראייה רגילה או מתוקנת? במידה וכן, תאר.י: _____

*האם יש לך ירידה בשמיעה? במידה וכן, תאר.י: _____

פרטי קופת חולים:

קופת חולים: כללית / מכבי / מאוחדת / לאומית / אחר: _____

שם רופא משפחה: _____ מספר טלפון במרפאה: _____

מספר פקס במרפאה: _____

שם וחתימת

אני הח"מ מצהיר/ה כי כל הפרטים המפורטים לעיל הינם נכונים ומלאים:

הנבדק.ת: _____

למילוי טכנאי המשמרת:

שם החוקר/ת: _____ שם הטכנאי/ת: _____

פרוטוקול: _____ קוד נבדק: _____

הערות: