



In Gonda Brain Research Center
Bar Ilan University

שאלון- חפצים מתכתיים

שם _____

מספר טלפון _____

אנא סמן אם יש ברשותך

- | | |
|--|--------------------------|
| קליפ מפרצת (על כלי דם) | <input type="checkbox"/> |
| שתל אוזני | <input type="checkbox"/> |
| קוצב לב, ICD(implanted cardio defibrillator) | <input type="checkbox"/> |
| מסתם לב מלאכותי | <input type="checkbox"/> |
| סטנט, פילטר מתכתי | <input type="checkbox"/> |
| מכשור מושתל (גדילת עצמות, סטימולטור עמוד שידרה, משאבת תרופות) | <input type="checkbox"/> |
| שאנט (spinal or intraventricular) | <input type="checkbox"/> |
| פרוטזה (רגל, עין וכד') אם כן, היכן? _____ | <input type="checkbox"/> |
| גפה או מפרק מלאכותי (כולל: אגן או ברך מלאכותיים) אם כן, היכן? _____ | <input type="checkbox"/> |
| הימצאות של פין, בורג, סיכה, חוט או פלטת מתכת באחד מהגפיים ו/או המפרקים | <input type="checkbox"/> |
| התקן תוך רחמי (IUD), דיאפרגמה | <input type="checkbox"/> |
| פירסינג, עגיל או תכשיט שאיננו ניתן להסרה | <input type="checkbox"/> |
| איפור קבוע | <input type="checkbox"/> |
| פאץ'/מדבקה תרופתית (ניקוטין, ניטרוגליצרין). | <input type="checkbox"/> |
| מכשור אורטונדטי (פלטה, רסן וכד') | <input type="checkbox"/> |
| אם כן, האם יש בו חלקים מתכתיים? כן/לא | <input type="checkbox"/> |
| האם ניתן להוציאם? כן/לא | <input type="checkbox"/> |
| כתרים בשיניים | <input type="checkbox"/> |
| מכשיר שמיעה | <input type="checkbox"/> |
| אם כן, האם ניתן להסירו | כן/לא |



In Gonda Brain Research Center
Bar Ilan University

מספר סתימות משוער
האם אי פעם חדרה חתיכת מתכת לעיניך? כן/לא

האם אי פעם נפצעת מקליע או מרסיסים?
האם אי פעם נותחת? כן/לא

אם כן, אנא פרט _____

תאריך _____

חתימת רופא/איש צוות רפואי _____