

Patient Name المريض : _____

Today's Date التاريخ : _____ Age السن : _____ Weight الوزن : _____

Height الطول : _____ Sex النوع : M رجل F امرأة

	Y نعم	N لا	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If female: is there any possibility you could be pregnant ؟ هل هناك أي احتمال بأنك حامل؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently breastfeeding ؟ هل أنتِ حاليًا ترضعين رضاعة طبيعية؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a previous reaction to iodinated contrast media (i.e. CT contrast dye or X-ray dye) (مثل صبغة الأشعة المقطعية أو صبغة الأشعة)؟ If yes, describe reaction? هل كان لديك رد فعل سابق من مادة اليود (مثل صبغة الأشعة المقطعية أو صبغة الأشعة)؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، صف رد الفعل:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If you had a prior reaction to iodinated contrast media, have you been pre-medicated with a (corticosteroid (such as prednisone or Solu-Medrol) (مثل corticosteroid iodinated contrast media ، هل سبق لك تناول دواء (مثل prednisone أو Solu-Medrol)؟ إذا كان لديك رد فعل مسبق سابق من مادة اليود iodinated contrast media ، هل سبق لك تناول دواء (مثل corticosteroid (such as prednisone or Solu-Medrol)؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have any allergies to food or medication? If yes, please list: هل لديك أية حساسية لطعمة أو ادوية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have asthma? هل لديك حساسية الربو؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, is your asthma currently affecting you؟ هل الربو يؤثر عليك حاليًا؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فهل الربو يؤثر عليك حاليًا؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you take Glucophage (metformin)? هل تأخذ Glucophage (metformin)؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have kidney disease or kidney failure or kidney transplant? هل لديك مرض بالكلية أو الفشل الكلوي أو زرع الكلية؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a history of kidney cancer or mass? هل لديك تاريخ مع سرطان الكلية أو الورم؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a family history of kidney failure؟ هل لديك تاريخ عائلي مع الفشل الكلوي؟
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you previously had kidney surgery؟ هل سبق لك أن خضعت لجراحة في الكلية؟
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a recent illness or infection in the past week? Type هل عانيت من ايه امراض أو التهابات في الأسبوع الماضي؟ اكتبها هنا:
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been feeling sick with nausea, vomiting or diarrhea؟ هل كنت مريض و تشعر بالغثيان أو القيء أو الإسهال؟

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center

UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center

University of Washington Physicians Seattle, Washington

CT SCREENING - AR

Page 1 of 2



U2359

UH2359AR REV JAN 20

Signature of Patient or Legal Guardian Printed Name

توقيع المريض أو الوصي القانوني

أكتب الاسم

Date

التاريخ

If signed by person other than patient, provide printed name, relationship to patient, description of authority
إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض ، فقم بكتابة الاسم والعلاقة بالمريض ووصف السلطة

THIS SECTION IS FOR STAFF USE ONLY

هذا القسم للاستخدام للموظفين فقط

* Serum creatinine within 24 hours

△ Serum creatinine within 2 weeks if "Yes" to answer

Arabic translation by UWMC Interpreter Services

TECHNOLOGIST SIGNATURE	PRINT NAME	NPI	DATE	TIME
------------------------	------------	-----	------	------

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center

UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center

University of Washington Physicians Seattle, Washington

CT SCREENING - AR

Page 2 of 2



U2359

UH2359AR REV JAN 20

BACK