



MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) REQUEST FORM

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ชื่อ - สกุล (Patient Name) : อายุ (Age) : ปี เพศ ชาย หญิง วันที่...../...../.....

เลขประจำตัวผู้ป่วย(HN) : แผนกส่งตรวจ OPD ห้องตรวจ..... ER Ward.....เตียง.....

เบอร์โทร..... สิทธิการรักษา ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ อปท. พ.ร.บ. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ชำระเงินเอง

Patient Conscious Good Semi conscious Unconscious On Ventilator Weight.....Kgs. BP...../.....

ข้อห้ามการตรวจ MRI 1.Cardiac Pacemaker(เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ) 2.Metallic Foreign Body(เหล็ก/โลหะ ในร่างกาย) 3.Claustrophobia(โรคกลัวที่แคบ) 4.Aneurysm Clips/Vascular Stent (วัสดุอุดหรือขยายหลอดเลือด) 5.Middle Ear Prosthesis(อวัยวะเทียมภายในหู) 6.Cardiac Valve Prosthesis (ใส่ลิ้นหัวใจเทียม)

ประวัติ/อาการสำคัญ(Clinical History):.....

(Clinical Diagnosis).....

MRI HEAD AND NECK			
<input type="checkbox"/> Brain(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Hippocampus(5,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Perfusion brain(5,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Spectroscopy brain(5,000 บาท)
<input type="checkbox"/> Temporal bone(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> IAC(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Cranial Nerve(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Pituitary gland(8,000 บาท)
<input type="checkbox"/> Functional MRI(Epilepsy)(10,000 บาท)		<input type="checkbox"/> Face(Paranasal Sinuses)(8,000 บาท)	
<input type="checkbox"/> Orbit(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Skull base(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Temporomandibular joints(8,000 บาท)	
<input type="checkbox"/> Nasopharynx(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Oropharynx(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Larynx(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Neck(8,000 บาท)
<input type="checkbox"/> MRA Brain(6,000 บาท)	<input type="checkbox"/> MRV Brain(6,000 บาท)	<input type="checkbox"/> MRA Neck (6,000 บาท)	Other/part.....
MRI SPINE			
<input type="checkbox"/> Whole Spine(16,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Cervical spine(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Thoracic spine(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Lumbosacral spine(8,000 บาท)
<input type="checkbox"/> Screening whole spine(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Thoracolumbar junction(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Sacral spine(8,000 บาท)	
<input type="checkbox"/> Brachial plexus(14,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Lumbosacral plexus(8,000 บาท)		Other/part.....
MRI BODY			
<input type="checkbox"/> Chest (8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Upper abdomen(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> MRCP (4,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Lower abdomen (8,000 บาท)
<input type="checkbox"/> Urography(12,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Prostate gland(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> MRA Whole aorta (15,000 บาท)	<input type="checkbox"/> MRA Thoracic aorta(10,000 บาท)
<input type="checkbox"/> MRA Abdominal aorta (10,000 บาท)	<input type="checkbox"/> MRA Renal arteries (10,000 บาท)		
MRI MUSCULOSKELTAL			
	<input type="checkbox"/> RIGHT	<input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> BOTH
<input type="checkbox"/> Shoulder Joint(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Arm(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Elbow joint(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Forearm(8,000 บาท)
<input type="checkbox"/> Wrist joint(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Hand(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Hip joint(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Thigh(8,000 บาท)
<input type="checkbox"/> Knee joint(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Leg(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Ankle joint(8,000 บาท)	<input type="checkbox"/> Foot(8,000 บาท)
Other/part.....			
<input type="checkbox"/> Without Contrast	<input type="checkbox"/> With Contrast	<input type="checkbox"/> Gadolinium(2,500 บาท)	<input type="checkbox"/> Primovist(9,050 บาท)
	Creatinine.....mg/dL	BUN..... eGFR.....	ตรวจเมื่อวันที่.....
ลงชื่อ(Signature)(แพทย์ผู้ส่งตรวจ) เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เบอร์โทรศัพท์.....			
** โปรดลงรายละเอียดประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยเบื้องต้น และรายการตรวจให้ถูกต้องและครบถ้วน**			

เปิดบริการ 24 ชั่วโมง ไม่เว้นวันหยุดราชการ เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณาโทรนัดล่วงหน้า และโปรดนำผลตรวจฟิล์มเก่ามาด้วยทุกครั้ง



Information for Patient Safety Prior to examination

GENERAL ASSESSMENT

1. ประวัติการผ่าตัด NO Yes ถ้ามี โปรดระบุ.....
2. ประวัติโรคประจำตัว NO Yes ถ้ามี โปรดระบุ.....
3. ประวัติการตรวจด้วยเครื่อง MRI NO Yes ถ้าเคย โปรดระบุ ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
4. หากเคยตรวจ MRI ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจแบบ นอนเอง ดมยา วางยาสลบ
5. ผู้ป่วยเคยแพ้ Contrast Media MRI NO Yes ถ้าเคย โปรดระบุ..... อาการ.....
6. Psychosocial Status Normal Psychiatric Patient
7. Fall Risk Assessment Low High
8. Conscious Alert Confused Drowsy Semi coma Coma
9. น้ำหนัก น้ำหนัก.....กิโลกรัม
10. ผลเลือด BUNCr.....eGFR.....เจาะเมื่อวันที่.....

SPECIAL ASSESSMENT

1. Pregnancy LMP..... NO Yes
2. Breast Feeding NO Yes
3. เคยผ่าตัดใส่เครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจ NO Yes
4. มีเครื่องกระตุ้นประสาท NO Yes
5. เครื่องช่วยหูฟัง NO Yes
6. เคยผ่าตัดใส่ Clip ในสมอง หรือ อวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย NO Yes
7. มีฟันปลอมที่สามารถถอดได้ NO Yes
8. ฟันปลอมที่ถอดไม่ได้/อุดฟัน/ครอบฟัน/เหล็กจัดฟัน NO Yes
9. เคยผ่าตัดใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด (Stents) ในสมอง หัวใจ หรือ หลอดเลือดส่วนอื่น ๆ NO Yes
10. เคยผ่าตัดลูกตา หรือ มีสิ่งแปลกปลอมภายในลูกตา NO Yes
- 11.เคยผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม (Artificial Heart Value) NO Yes
12. เคยผ่าตัดฝังอวัยวะเทียมในหู หรือ อวัยวะเทียมในร่างกาย NO Yes
13. มีโลหะต่าง ๆ เช่น กระสุน เหล็กตามกระดูกและข้อ NO Yes
14. กลัวการอยู่ในที่แคบ / อุโมงค์ NO Yes
15. มีรอยสัก (Tattoo) NO Yes
16. เฉพาะ MRI Prostate เคยเจาะชิ้นเนื้อที่ต่อมลูกหมากหรือไม่ NO Yes เจาะเมื่อ วันที่.....
17. สิทธิการรักษา โปรดระบุ.....

ผู้ซักประวัติ ลงชื่อ (Signature) ตำแหน่งเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

**** โปรดลงรายละเอียดประวัติผลการวินิจฉัยเบื้องต้นลงคำขอการตรวจให้ถูกต้องและครบถ้วน****