

Patient Name اسم المريض : _____

Today's Date تاريخ اليوم : _____ 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؟ إذا كنت أنتي: هل هناك أي احتمال بأنك حامل؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently breastfeeding طبيعية رضاعة ؟ هل أنت حاليًا ترضعين رضاعة طبيعية؟ هل أنت 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 الاشعة المقطعية أو صبغة الأشعة)؟ هل كان لديك رد فعل سابق من مادة اليود (مثل صبغة الاشعة 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 (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 (مثل prednisone أو 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 لاطعمة أو ادوية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have asthma? هل لديك حساسية الربو؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فهل الربو يؤثر عليك حاليًا؟ If yes, is your asthma currently affecting you؟
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 Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

CT SCREENING - AR

Page 1 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine
Interpreter Services

Signature of Patient or Legal Guardian

توقيع المريض أو الوصي القانوني

Printed Name

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

VASCULAR ACCESS:

DATE _____ TIME _____

TECHNOLOGIST / RN _____

IV SITE _____ 18g 20g 22g ATTEMPTS _____

OTHER _____

CREAT / GFR _____

NOTES _____

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

CT SCREENING - AR

Page 2 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine
Interpreter Services