



**JABATAN RADIOLOGI
HOSPITAL KUALA LUMPUR**

HKL/RAD/06



NO. TELEFON : 03-26155555

EXT: 5939 / 7130 – (KAUNTER TEMUJANJI)

EXT: 6565 – (KAUNTER PENDAFTARAN)

**SENARAI SEMAK
PEMERIKSAAN MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI)**
(untuk diisi oleh Pegawai Perubatan yang memohon)

Sila pastikan semua butiran adalah betul dan tepat bagi mengelakkan komplikasi yang boleh memudaratkan pesakit atau menjejaskan kualiti pemeriksaan.

Nama					
No. Pendaftaran /KP/Passport					
Jantina	Lelaki / Perempuan	No.Tel Pesakit			
Hospital/ Klinik /Wad					
Tarikh Temujanji Klinik		Berat	kg	Tinggi	cm

SEJARAH PERUBATAN PESAKIT:

Sila tanda (✓) pada ruangan yang berkenaan :

- | | YA | TIDAK |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pernah menjalani pemeriksaan MRI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pernah menjalani pembedahan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pernah menjalani rawatan kemoterapi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bagi pesakit wanita, pastikan status kehamilan.
Tarikh LMP: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Alat cegah kehamilan (IUCD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Perentak jantung (<i>Cardiac Pacemaker</i>) / <i>Wires</i> / <i>Stent</i> /
Klip Pintasan Arteri Koronari (<i>CABG</i>) / Injap jantung metalik
tiruan / Implan <i>defibrillator</i> . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Klip : Surgical / Intakranial / Aneurysm / Salur darah | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Implan koklear (ENT) / Implan dalam telinga (<i>Middle Ear Prosthesis</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. <i>Biostimulator</i> / <i>Neurostimulator</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Penapis salur darah (seperti <i>IVC, Gianturco coil</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Implan pam infusi ubat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Serpihan benda tajam, peluru dalam badan atau susuk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Gigi Palsu / Pendakap gigi/ Implan gigi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Anggota atau sendi gantian / prosthesis / pin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. <i>Tattoo</i> / Body/ Implan <i>Penile</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fobia pada ruangan sempit dan tertutup (<i>Claustrophobia</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nama dan Tandatangan Pesakit / Ibumama / Waris	Tandatangan, Nama dan Cop Pegawai Perubatan Yang Memohon	Tarikh

Semakan oleh Jabatan Radiologi pada hari pemeriksaan:

Semakan dilakukan oleh

Tandatangan : _____ Nama / cop : _____

Tarikh : _____

*Semua borang adalah mengikut hospital masing-masing dan tertakluk pada perubahan semasa