



CT REQUEST FORM

ศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้า

ADVANCED DIAGNOSTIC IMAGING CENTER (AIMC)

อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถนนพระราม 6 กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2201-1251 โทรสาร 0-2201-1176



NAME: AGE YRS. SEX..... WEIGHT..... KGS.
 HN: OPD WARD..... CONSCIOUS GOOD SEMI UN- ON VENTILATOR
 ADDRESS: TEL.(Home)..... (Office).....
 NEXT APPOINTMENT DATE..... TIME..... DATE OF PREVIOUS EXAM.....

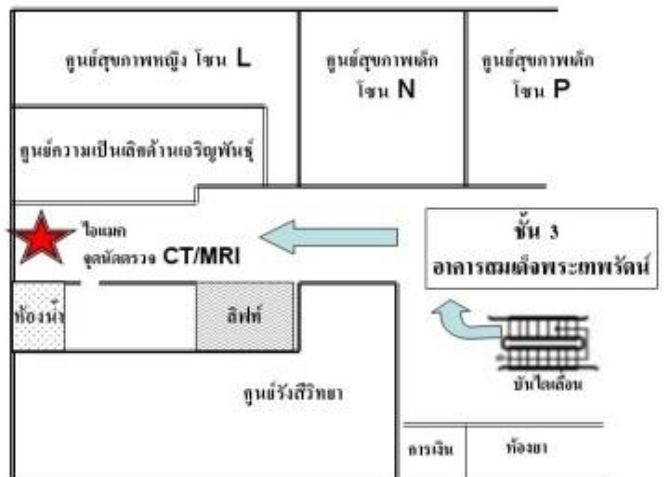
CLINICAL HISTORY / PHYSICAL EXAMINATION.....
 PROVISIONAL DIAGNOSIS.....
 กรุณาเขียนผล Serum Creatinine mg/dl eGFR*ml/min/173 m² (ตรวจเมื่อ.....)
 หมายเหตุ กรณีค่า eGFR น้อยกว่า 45ml/min/173 m² หรือระดับ Serum Creatinineมากกว่า 1.5 mg/dl กรุณาพิจารณาเพื่อป้องกันภาวะcontrast induced nephropathy
ประวัติการแพ้
 1. แพ้อาหาร / อาหารทะเล ไม่แพ้ แพ้ อาการ.....
 2. แพ้ยา ไม่แพ้ แพ้ อาการ.....
 3. แพ้สารไอโอดีน / สารทึบรังสี ไม่แพ้ แพ้ อาการ.....

PARTS OF INVESTIGATION

BRAIN: <input type="checkbox"/> ROUTINE BRAIN <input type="checkbox"/> POSTERIOR FOSSA / BASE OF SKULL <input type="checkbox"/> PITUITARY <input type="checkbox"/> IAC HEAD AND NECK: <input type="checkbox"/> PARANASAL SINUSES <input type="checkbox"/> FULL STUDY <input type="checkbox"/> SCREENING SINUSES <input type="checkbox"/> NASOPHARYNX <input type="checkbox"/> AIRWAY <input type="checkbox"/> OROPHARYNX/ORAL CAVITY <input type="checkbox"/> LARYNX <input type="checkbox"/> HYPOPHARYNX <input type="checkbox"/> THYROID <input type="checkbox"/> NECK TEMPORAL BONE: <input type="checkbox"/> BONE ONLY <input type="checkbox"/> BONE AND SOFT TISSUE <input type="checkbox"/> OTHERS <input type="checkbox"/> CT ANGIOGRAPHY OF <input type="checkbox"/> CT VENOGRAPHY OF	CHEST: <input type="checkbox"/> FULL CHEST STUDY <input type="checkbox"/> HRCT CARDIAC SYSTEM: <input type="checkbox"/> FULL CARDIAC STUDY ABDOMEN: <input type="checkbox"/> UPPER <input type="checkbox"/> LOWER <input type="checkbox"/> WHOLE <input type="checkbox"/> SPECIFIED ABDOMINAL ORGANS..... SPINE: <input type="checkbox"/> C-SPINE <input type="checkbox"/> L-S PINE <input type="checkbox"/> 3D SPINE <input type="checkbox"/> T-SPINE <input type="checkbox"/> SACRUM <input type="checkbox"/> DYNAMIC SPINE <input type="checkbox"/> MUSCULOSKELETAL PART: SPECIAL STUDY <input type="checkbox"/> CT COLONOSCOPE <input type="checkbox"/> 3D LIVER <input type="checkbox"/> 3D OF..... <input type="checkbox"/> CT TRACHEOBRONCHOSCOPE <input type="checkbox"/> OTHERS..... <input type="checkbox"/> CT ANGIOGRAM OF <input type="checkbox"/> CT VENOGRAM OF
SCREENING STUDY <input type="checkbox"/> SCREENING LUNG CANCER <input type="checkbox"/> SCREENING CAC <input type="checkbox"/> SCREENING LIVER CANCER <input type="checkbox"/> SCREENING KUB STONE <input type="checkbox"/> SCREENING ABDOMEN FOR ACUTE ABDOMEN <input type="checkbox"/> SCREENING ABDOMINAL TRAUMA <input type="checkbox"/> OTHERS.....	COMPUTED TOMOGRAPHY FOR PROCEDURE CT GUIDED FOR: <input type="checkbox"/> NEEDLE ASPIRATION <input type="checkbox"/> BIOPSY CT GUIDED FOR: <input type="checkbox"/> FACET INJECTION <input type="checkbox"/> PERINEURAL INJECTION <input type="checkbox"/> LASER DISCECTOMY <input type="checkbox"/> OTHERS

ให้นัดหมายผู้ป่วยตรวจโดยการ Sedate Anesthesia
 Status : Emergency Urgency ระบุช่วงเวลา.....
 ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย ได้รับคำอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องตรวจด้วยเครื่อง CT
 จากแพทย์เข้าใจดีแล้ว
 *** จะไม่มีการทำ Imaging Study ถ้าไม่มีการกรอกประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ***
 PHYSICIAN..... CODE.....
 TEL.....(โปรดระบุ) DATE.....

นัดตรวจ CT หรือ MRI ติดต่อ ศูนย์ไอแมค อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิติ ชั้น 1 และ 2
 หรือ หน่วยนัดตรวจ CT/MRI ศูนย์ไอแมค อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ชั้น 3





MRI REQUEST FORM

ศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้า

ADVANCED DIAGNOSTIC IMAGING CENTER (AIMC)

อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถนนพระราม 6 กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2201-1251 โทรสาร 0-2201-1176



NAME: AGE YRS. SEX..... WEIGHT..... KGS.

HN: OPD WARD..... CONSCIOUS GOOD SEMI UN- ON VENTILATOR

ADDRESS: TEL.(Home)..... (Office).....

NEXT APPOINTMENT DATE..... TIME..... DATE OF PREVIOUS EXAM.....

CLINICAL HISTORY / PHYSICALEXAMINATION.....

PROVISIONAL DIAGNOSIS.....

แพทย์กรุณาตรวจสอบค่า eGFR Serum Creatininemg/dl eGFR ml/min/173 m²(ตรวจเมื่อ.....)

กรณี eGFR < 30 ml/min/173 m² ให้พิจารณาความเสี่ยงต่อภาวะ NSF และอธิบายถึงภาวะเสี่ยงให้ผู้ป่วย ญาติเข้าใจและเซ็นใบยินยอมรับการตรวจ

REQUEST FOR <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MR ANGIOGRAPHY <input type="checkbox"/> MR VENOGRAPHY <input type="checkbox"/> MR SPECTROSCOPY <input type="checkbox"/> MR PERFUSION <input type="checkbox"/> RADIOSURGERY OR CYBERKNIFE PROTOCOL <input type="checkbox"/> BRAIN LAB PROTOCOL <input type="checkbox"/> MR ARTHROGRAM <input type="checkbox"/> NEEDLE BIOPSY GUIDE <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> นัดตรวจ CT หรือ MRI ติดต่อกับ ศูนย์ไอแมค อาคาร ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 1 และ ชั้น 2 หรือ หน่วยนัดตรวจ CT/MRI ศูนย์ไอแมค อาคารสมเด็จ พระเทพรัตน ชั้น 3 *แผนที่อยู่ด้านหลัง* </div>	HEAD <input type="checkbox"/> BRAIN <input type="checkbox"/> EPILEPSY <input type="checkbox"/> ORBIT <input type="checkbox"/> IAC <input type="checkbox"/> PITUITARY GLAND <input type="checkbox"/> BASE OF SKULL <input type="checkbox"/> CAVERNOUS SINUS <input type="checkbox"/> CISTERNOGRAM <input type="checkbox"/> PARANASAL SINUSES <input type="checkbox"/> PAROTID GLAND <input type="checkbox"/> TM JOINTS <input type="checkbox"/> CRANIAL NERVE OF <input type="checkbox"/> FETUS BRAIN <input type="checkbox"/> MR CISTERNOGRAM <input type="checkbox"/> OTHERS <input type="checkbox"/> MR FUNCTIONAL BRAIN FOR
	NECK <input type="checkbox"/> NASOPHARYNX <input type="checkbox"/> OROPHARYNX <input type="checkbox"/> LARYNX <input type="checkbox"/> THYROID <input type="checkbox"/> NECK <input type="checkbox"/> OTHERS.....
	HEART <input type="checkbox"/> ROUTINE FUNCTION <input type="checkbox"/> VIABILITY <input type="checkbox"/> ARVD PROTOCOL <input type="checkbox"/> CONGENITAL HEART DISEASE <input type="checkbox"/> STRESS TEST : <input type="checkbox"/> DOBUTAMINE <input type="checkbox"/> ADENOSINE <input type="checkbox"/> OTHERS
	BODY <input type="checkbox"/> CHEST <input type="checkbox"/> BREAST <input type="checkbox"/> UPPER ABDOMEN <input type="checkbox"/> LOWER ABDOMEN <input type="checkbox"/> WHOLE ABDOMEN <input type="checkbox"/> UPPER ABDOMEN + MRCP <input type="checkbox"/> MRCP ONLY <input type="checkbox"/> KIDNEYS <input type="checkbox"/> ADRENAL GLAND <input type="checkbox"/> RECTUM <input type="checkbox"/> FISTULOGRAM <input type="checkbox"/> PROSTATE (Endorectal coil) <input type="checkbox"/> FETUS BODY <input type="checkbox"/> THORACIC AORTA <input type="checkbox"/> ABDOMINAL AORTA <input type="checkbox"/> RENAL ARTERY <input type="checkbox"/> UPPER EXTREMITY RUN-OFF <input type="checkbox"/> FEMORAL RUN-OFF <input type="checkbox"/> MR UROGRAPHY <input type="checkbox"/> MR. ENTEROGRAPHY <input type="checkbox"/> MR. COLONOGRAPHY <input type="checkbox"/> OTHERS
	SPINE <input type="checkbox"/> CERVICAL SPINE <input type="checkbox"/> THORACIC SPINE <input type="checkbox"/> LUMBOSACRAL SPINE <input type="checkbox"/> WHOLE SPINE <input type="checkbox"/> SACRUM <input type="checkbox"/> BRACHIAL PLEXUS <input type="checkbox"/> SCREENING SPINE FOR MATASTASIS
	MUSCULOSKELTAL <input type="checkbox"/> LEFT <input type="checkbox"/> SHOULDER JOINT <input type="checkbox"/> ARM <input type="checkbox"/> ELBOW JOINT <input type="checkbox"/> FOREARM <input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> WRIST JOINT <input type="checkbox"/> HAND <input type="checkbox"/> THIGH <input type="checkbox"/> KNEE JOINT <input type="checkbox"/> LEG <input type="checkbox"/> ANKLE JOINT <input type="checkbox"/> FOOT <input type="checkbox"/> HIP JOINT <input type="checkbox"/> OTHERS
OTHERS	

ให้นัดหมายผู้ป่วยตรวจโดยการ Sedate Anesthesia

Status : Emergency Urgency ระบุช่วงเวลา.....

*** ข้อควรระวัง (CAUTION) *** ผู้ป่วยต่อไปนี้ ห้ามเข้ารับการตรวจ MRI (PATIENT WILL NOT RECEIVE AN MRI IF THEY HAVE ANY OF THESE):

1. CARDIAC PACE MAKER <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	2. IMPLANTABLE CARДИOVERTER DEFRILLATOR <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
3. COCHLEAR IMPLANTS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	4. NEUROSTIMULATOR <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

ประวัติการผ่าตัด (SURGICAL HISTORY):

- ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ YES NO โปรดระบุ.....เมื่อ (DATE).....

- ผู้ป่วยมีโลหะ หรือเคยผ่าตัดใส่อุปกรณ์ในร่างกายหรือไม่ YES NO กรุณาระบุชนิดหรือรุ่นของอุปกรณ์.....

ผู้ป่วย หรือ ญาติผู้ป่วย ได้รับคำอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องตรวจด้วยเครื่อง MRI จากแพทย์เข้าใจดีแล้ว

*** จะไม่มีการทำ Imaging Study ถ้าไม่มีการกรอกประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ***

PHYSICIAN..... CODE..... TEL (โปรดระบุ) DATE.....