



# 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.....

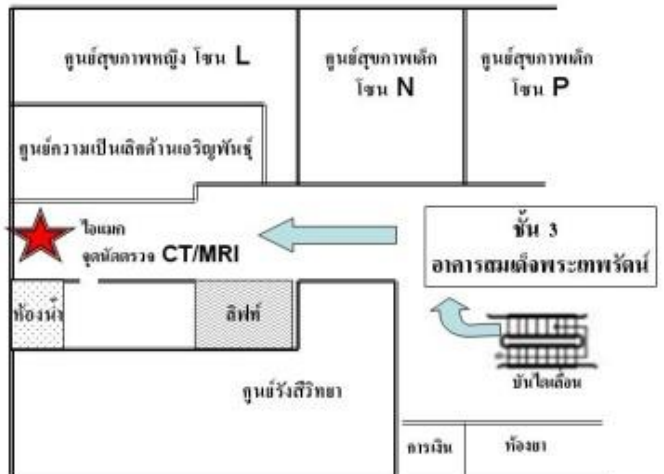
**CLINICAL HISTORY / PHYSICAL EXAMINATION**.....  
 PROVISIONAL DIAGNOSIS.....  
 กรุณาเขียนผล Serum Creatinine ..... mg/dl eGFR\* ..... ml/min/173 m<sup>2</sup> (ตรวจเมื่อ.....)  
 หมายเหตุ กรณีค่า eGFR น้อยกว่า 45ml/min/173 m<sup>2</sup> หรือระดับ Serum Creatinineมากกว่า 1.5 mg/dl กรุณาพิจารณาเพื่อป้องกันภาวะcontrast induced nephropathy  
**ประวัติการแพ้**

1. แพ้อาหาร / อาหารทะเล	[ ]	ไม่แพ้	[ ]	แพ้	อาการ.....
2. แพ้ยา	[ ]	ไม่แพ้	[ ]	แพ้	อาการ.....
3. แพ้สารไอโอดีน / สารทึบรังสี	[ ]	ไม่แพ้	[ ]	แพ้	อาการ.....

**PARTS OF INVESTIGATION**

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

ให้นักหมายผู้ป่วยตรวจโดยการ [ ] 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 อาคารสมเด็จพระเทพรัตน 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 Creatinine .....mg/dl eGFR ..... ml/min/173 m<sup>2</sup>(ตรวจเมื่อ.....)

กรณี eGFR < 30 ml/min/173 m<sup>2</sup> ให้พิจารณาความเสี่ยงต่อภาวะ NSF และอธิบายถึงภาวะเสี่ยงให้ผู้ป่วย ญาติเข้าใจและเซ็นใบยินยอมรับการตรวจ

<b>REQUEST FOR</b> <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          ติดต่อ ศูนย์ไอแมค อาคาร          ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 1          และ ชั้น 2 หรือ          หน่วยนัดตรวจ CT/MRI          ศูนย์ไอแมค อาคารสมเด็จพระเทพรัตนฯ ชั้น 3    <b>*แผนที่อยู่ด้านหลัง*</b> </div>	<b>HEAD</b> <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 .....
	<b>NECK</b> <input type="checkbox"/> NASOPHARYNX <input type="checkbox"/> OROPHARYNX <input type="checkbox"/> LARYNX <input type="checkbox"/> THYROID <input type="checkbox"/> NECK <input type="checkbox"/> OTHERS.....
	<b>HEART</b> <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 .....
	<b>BODY</b> <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 .....
	<b>SPINE</b> <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
	<b>MUSCULOSKELTAL</b> <input type="checkbox"/> SHOULDER JOINT <input type="checkbox"/> ARM <input type="checkbox"/> ELBOW JOINT <input type="checkbox"/> FOREARM <input type="checkbox"/> LEFT <input type="checkbox"/> WRIST JOINT <input type="checkbox"/> HAND <input type="checkbox"/> THIGH <input type="checkbox"/> KNEE JOINT <input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEG <input type="checkbox"/> ANKLE JOINT <input type="checkbox"/> FOOT <input type="checkbox"/> HIP JOINT <input type="checkbox"/> OTHERS .....
	<b>OTHERS</b>

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.....