



# ประชาชนี๊น บำงนำ MRI

บริษัท บำงนำ พี.ซี.อิมเมจจิงเซ็นเตอร์ จำกัด

240/11-15 ถนนบำงนำ-ตราด แขวงบำงนำ เขตบำงนำ กรุงเทพฯ 10260 โทร 0-2746-8080

## REQUEST FORM

VN \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Kgs.

Address \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### MRI (Magnetic Resonance Imaging)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Brain 45101                   | <input type="checkbox"/> 1.1 Brain+Skull Base 45101+45120    | <input type="checkbox"/> 1.2 Brain+IAC 45101+45220                             | <input type="checkbox"/> 1.3 Brain+Hippocampus 45101+45104    |
| <input type="checkbox"/> 1.4 Brain+Pituitary 45101+45110 | <input type="checkbox"/> 1.5 Brain+Cranial Nerve 45101+45130 | <input type="checkbox"/> 2 Orbits 45211  | <input type="checkbox"/> 3 Nasopharynx include Necknode 45999 |
| <input type="checkbox"/> 4 Pituitary 45110               | <input type="checkbox"/> 5 Brachial plexus 45160             | <input type="checkbox"/> 6 Sinuses/PNS 45231                                   | <input type="checkbox"/> 7 Breasts (2 sides) 45331            |
| <input type="checkbox"/> 8 Chest 45301                   | <input type="checkbox"/> 9 Upper Abdomen 45501               | <input type="checkbox"/> 10 Lower Abdomen 45501                                | <input type="checkbox"/> 11 MRCP+Upper Abdomen 45512          |
| <input type="checkbox"/> 12 Shoulder RT/LT 45701         | <input type="checkbox"/> 13 Elbow RT/LT 45701                | <input type="checkbox"/> 14 Wrist RT/LT 45701                                  | <input type="checkbox"/> 15 Hip RT/LT 45701                   |
| <input type="checkbox"/> 16 Knee RT/LT 45701             | <input type="checkbox"/> 17 Ankle RT/LT 45701                | <input type="checkbox"/> 18 _____ Spines one part+Screening Whole Spines 45999 |   |
| <input type="checkbox"/> 19 Cervical Spines 45140        | <input type="checkbox"/> 20 Thoracic Spines 45140            | <input type="checkbox"/> 21 Lumbosacral Spines 45140                           | <input type="checkbox"/> 22 CervicoThoracic Spines 45140      |
| <input type="checkbox"/> 23 Thoracolumbar Spines 45140   | <input type="checkbox"/> 24 Whole Body Screening 45999       | <input type="checkbox"/> 25 MR Bone Scan 45999                                 | <input type="checkbox"/> 26 Others _____ 45999                |

### MRI+MRA(Magnetic Resonance Angiography)

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 27 Brain Include Carotid Artery 45102+45250         | <input type="checkbox"/> 28 Thoracic Aorta 45420 | <input type="checkbox"/> 29 Abdominal Aorta 45420 | <input type="checkbox"/> 30 Renal Artery 45613 |
| <input type="checkbox"/> 31 Femoral Artery and Peripheral Runoff 45760+45760 | <input type="checkbox"/> 32 Others _____ 45020   |   |  |

### MRI+MRV(Magnetic Resonance Venography)

- |   |   |                                       |  |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 33 Brain 45101+45011 | <input type="checkbox"/> 34 Portal Vein 45513 | <input type="checkbox"/> 35 IVC 45505 | <input type="checkbox"/> 36 Femoral Vein and Peripheral Runoff 45761+45761 |
|---|---|---------------------------------------|--|

Clinical \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ข้อห้ามสำหรับการตรวจ MRI

1 Cardiac Pacemaker	3 Cardiac Valve Prosthesis
2 Aneurysm clips/vascular stent	4 Metallic Foreign body

Referring Physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

เพื่อความสะดวกของท่านกรุณาโทรนัดล่วงหน้าที๊ 0-2746-8080 เปิดบริการทุกวันไม่มีวันหยุด  
โปรดนำฟิล์มเก่าทุกชนิดที่เกี่ยวข้องมาเพื่อเปรียบเทียบ

## การเตรียมตัวก่อนมาตรวจ

- ไม่ต้องงดน้ำและอาหาร (ยกเว้นการตรวจ MRI ช่องท้อง Upper-Lower Abdomen ระบบท่อน้ำดี MRCP โดยให้งดน้ำและอาหารก่อนเข้าตรวจ อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง เช่น ตรวจตอนเช้า ให้งดอาหารหลังเที่ยงคืน ถ้าตรวจบ่าย ให้งดอาหารเช้า ถ้าตรวจเย็น ให้งดอาหารกลางวัน)
- ทำจิตใจให้สบาย ไม่ต้องเครียด (การตรวจไม่ทำให้เจ็บปวด)
- สำหรับสตรี กรุณาดทาเครื่องสำอางบริเวณขอบตา กรณีตรวจสมอง (Brain) ตา (Orbit)
- ให้ถอดฟันปลอม เครื่องประดับที่เป็นโลหะ กุญแจ บัตร ATM บัตรเครดิต ปากกา นาฬิกา ออกจากตัว โดยฝากญาติ หรือเก็บในตู้ล็อกเกอร์ (ถ้ามีของมีค่ากรุณาฝากญาติ)
- สำหรับผู้ป่วยที่มีโลหะฝังในร่างกายกรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนตรวจ เช่น โลหะในตา ใส่คลิปที่เส้นเลือด ใส่เหล็กตามข้อขา เป็นต้น
- เปลี่ยนชุดที่จัดเตรียมให้ไว้ และบัสสาวะก่อนเข้าห้องตรวจ

## ข้อปฏิบัติในขณะที่ตรวจ

- ให้นอนนิ่งๆ ประมาณ 10-15 นาที
- ทำจิตใจให้สบาย นอนนิ่งๆ ที่สุด หายใจเบาๆ บางครั้งเจ้าหน้าที่อาจให้กลืนใจเป็นช่วงๆ ในขณะที่ตรวจ อาจมีเสียงดังเป็นระยะๆไม่ต้องตกใจ เป็นการทำงานของเครื่อง MRI
- ผู้ป่วยอาจได้รับการฉีดยาสารทึบแสง เนื่องจากแพทย์ ต้องการดูรายละเอียดของภาพเพื่อช่วยในการแปลผล เนื่องจากสารทึบแสงจะทำให้ภาพที่ได้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และช่วยแสดง ความผิดปกติ ของอวัยวะที่ตรวจได้ดียิ่งขึ้น
- เมื่อตรวจเสร็จให้เปลี่ยนชุด และรอผลการตรวจประมาณ 1-2 ชม.

