



HADYAI P.C. IMAGING CENTER

เอ็มอาร์ไอ โรงพยาบาลหาดใหญ่

ให้บริการภายในโรงพยาบาลหาดใหญ่

โทรศัพท์ 074 223 424-5 โทรสาร 074 223 908

REQUEST FORM

VN _____ Date _____

Name _____ Age _____ Sex _____ Weight _____ Kgs.

Address _____ Tel. _____

MRI (Magnetic Resonance Imaging)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Brain | <input type="checkbox"/> 1.1 Brain+Skull Base | <input type="checkbox"/> 1.2 Brain+IAC | <input type="checkbox"/> 1.3 Brain+Hippocampus |
| <input type="checkbox"/> 1.4 Brain+Pituitary | <input type="checkbox"/> 1.5 Brain+Cranial Nerve | <input type="checkbox"/> 2 Orbits | <input type="checkbox"/> 3 Nasopharynx include Neck node |
| <input type="checkbox"/> 4 Pituitary | <input type="checkbox"/> 5 Brachial plexus | <input type="checkbox"/> 6 Sinuses/PNS | <input type="checkbox"/> 7 Breasts (2 sides) |
| <input type="checkbox"/> 8 Chest | <input type="checkbox"/> 9 Upper Abdomen | <input type="checkbox"/> 10 Lower Abdomen | <input type="checkbox"/> 11 MRCP+Upper Abdomen |
| <input type="checkbox"/> 12 Shoulder RT/LT | <input type="checkbox"/> 13 Elbow RT/LT | <input type="checkbox"/> 14 Wrist RT/LT | <input type="checkbox"/> 15 Hip RT/LT |
| <input type="checkbox"/> 16 Knee RT/LT | <input type="checkbox"/> 17 Ankle RT/LT | <input type="checkbox"/> 18 _____ Spine one part+Screening Whole Spines | |
| <input type="checkbox"/> 19 Cervical Spines | <input type="checkbox"/> 20 Thoracic Spines | <input type="checkbox"/> 21 Lumbosacral Spines | <input type="checkbox"/> 22 C-T Spines |
| <input type="checkbox"/> 23 T-L Spines | <input type="checkbox"/> 24 Whole Body Screening | <input type="checkbox"/> 25 MR Bone Scan | <input type="checkbox"/> 26 Others _____ |

MRI+MRA (Magnetic Resonance Angiography)

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

MRI+MRV (Magnetic Resonance Venography)

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 33 Brain | <input type="checkbox"/> 34 Portal Vein | <input type="checkbox"/> 35 IVC | <input type="checkbox"/> 36 Femoral Vein and Peripheral Runoff |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|--|

Clinical _____

ข้อห้ามสำหรับการตรวจ MRI 1. Cardiac Pacemaker 2. Aneurysm clips/cascular stent
3. Cardiac Valve Prosthesis 4. Metallic Foreign body

Referring Physician: _____ Phone: _____

Address: _____ E-mail: _____

เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณาโทรนัดล่วงหน้าที 074 223 424-5 เปิดบริการทุกวัน
ไม่มีวันหยุด โปรดนำฟิล์มเก่าทุกชนิดที่เกี่ยวข้องมาเพื่อเปรียบเทียบ

