

תאריך: DD/MM/YY

Номер удостоверения личности Patient's name		שם הילד הנבדק: الاسم
И.Ф.О. Identification Number		מספר תעודת זהות של הילד: رقم الهوية

Есть ли у Вас аллергия на йод? Are you allergic to Iodine or Iodine mixtures?	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	1. האם ידועה רגישות ליוד? هل لديك حساسية لليود?
Проходили ли Вы исследования с инъекцией йодосодержащих препаратов сопровождавшейся аллергической реакцией? In the past, have you undergone an imaging study with iodine, after which you experienced an allergic reaction?	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	2. האם עברת בדיקה עם הזרקת יוד ופיתחת תגובה? هل قمت بإجراء فحص مع حقن مادة ملونة وكان لديك رد فعل?
Есть ли у Вас аллергия к каким-либо веществам? Do you have any known allergies?	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	3. האם ידוע על אלרגיות? هل لديك حساسية?
Есть ли у Вас бронхиальная астма? Если да, укажите дату последнего обострения? __/__/20__ Do you suffer from asthma? If yes, when was your last asthma attack? __/__/20__	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	4. האם סובלות מאסתמה? אם כן – מתי היה התקף אחרון? __/__/20__ هل تعاني من مرض الربو? إذا نعم . متى آخر نوبة كانت? __/__/20__
Есть ли у Вас сахарный диабет? Are you diabetic?	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	5. האם סובלות מסוכרת? هل تعاني من مرض السكري?
Есть ли у Вас заболевания почек? Do you suffer from renal disease / kidney problems?	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	6. האם סובלות ממחלת כליות? هل تعاني من امراض الكلى?
Есть ли у Вас сердечные заболевания? Do you have a heart condition?	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	7. האם סובלות ממחלת לב? هل تعاني من امراض القلب?
Проходили ли Вы процедуру КТ (Компьютерной томографии) в прошлом? Have you ever underwent Computerized Tomography (CT) ?	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	8. האם עברת בדיקת CT בעבר? هل قمت بإجراء فحص تصوير طبقي محوري (CT) سابقا?
Воздерживались ли Вы 4 часа от приема пищи перед данной процедурой? Are you currently fasting for at least 4 hours?	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	9. האם בצום (4 שעות)? هل انت صائم (4 ساعات)?
Есть ли у Вас проблемы с щитовидной железой (операции, йодотерапия, другое)? Is there a known thyroid problem (operation/iodine treatment/other)?	Нет / Да No / Yes	כן / לא نعم / لا	10. האם ידוע על בעיה של בלוטת התריס (ניתוחטיפול ביודאחר)? هل تعاني من مشاكل في الغدة الدرقية (جراحة/إدواء باليود/أخر)?

מועד וסת אחרונה: موعد الدورة الشهرية الأخيرة Дата последней менструации: Last Menstrual Period	שבוע: اسبوع: Срок беременности Week Gestation	כן / לא نعم / لا Нет / Да No / Yes	11. האם יש סיכוי שהנך בהריון? هل انت حامل? Есть ли вероятность что Вы беременны? Is there any chance you are currently pregnant?
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

הצהרה:

Я подтверждаю, что ознакомился/ась и понял/а информацию, предоставленную в настоящей анкете.
 I hereby declare that I have read and understood the above information.

הנני מצהיר כי קראתי את המידע ואני מבין/ה אותו אני אעלה אתי את קראת האסתמרה ופחמתה

חתימת הנבדק / توقيع المريض / Подпись / Patient's Signature

Рост (в см.) Height (in cm)		גובה الطول بسم
Вес (в кг.) Weight (in kilos)		משקל الوزن

Legal Guardian accompanying Patient / опекун / الوكيل المرافق للمريض / אפוסטרופוס המלווה את המטופל

Name of Guardian/ И.Ф		שם / الاسم
Identification Number of Guardian/Номер удостоверения личности		מספר ת"ז / رقم الهوية
Relationship to Patient/ Связь с пациентом		קרבה / صلة القرابة
Signature of Guardian /Подпись		חתימה / توقيع