

Depistaj Sekirite pou MRI

Laj _____ Pwa _____ Wotè _____

Kesyon sou Sante:

- Wi Non Èske ou klostrofob?
- Wi Non Èske w te janm fè kansè?
Si wi, ou te resewva okenn chimyoterapi? Wi Non Radyoterapi? Wi Non
- Wi Non Èske w te fè nenpòt operasyon anvan? Tanpri bay lis **tout** operasyon yo:
Operasyon: _____ Gòch Dwat N/A Dat: _____
- Operasyon: _____ Gòch Dwat N/A Dat: _____
- Operasyon: _____ Gòch Dwat N/A Dat: _____

Anvan w antre nan chanm eskanè MR le, ou dwe retire tout objè metalik, sa enkli aparèy pou tande, fo dan, plak pasyèl, kle, beeper, telefòn selilè, linèt, broch pou cheve, barèt, bijou, bijou ki pèse kò w, mont, zepeng sekirite, klip papyè, kliplajan, kat kredi, kat bann mayetik, pyès monnen, plim, kouto pòch, zouti pou koupe zong, rad ki gen atach metal ak rad ki gen fil metalik.

Tanpri konsilte anplwaye MRI la si w gen nenpòt kesyon oswa enkyetid AVAN w antre nan chanm sistèm MRI la.

Èske w gen nenpòt nan bagay sa yo?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Pesmekè, defibrilatè, oswa fil <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Ponp implanté, elektwòd, fil, estimilatè <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Bal, pelèt, BB, shrapnel oswa moso metal <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Grenn radyasyon oswa enplantasyon nan kò ou <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Klip pou aneurism <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Posibilite metal nan je yo <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Enplantasyon nan je, zòrèy, oswa kokleyè <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Pwotèz pou kè, je, oswa nan pati gason <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Agraf, klip oswa kouti <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Ekspansyon pou Tisi <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Stent, coil oswa filtè | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Epidural, katètè Swan Ganz, oswa pò <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Braslè cheviy oswa aparèy pou swiv <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> No Resò po je oswa fil <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> No Tatoo, makiyaj je pèmanan, oswa kò pèse kò <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Plak medikaman <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Shunt <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Manb atifisyèl <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Vis, plak, ranplasman jwenti <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Monitè Kontinyèl pou glikoz <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Aparèy pou tande oswa fo dan <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non Lòt (Implant oswa aparèy ki pa nan lis la) _____ |
|--|---|

Kesyon sou Sante

- Wi Non Èske w gen alèji?
- Wi Non Èske w gen dyabèt?
- Wi Non Èske w gen pwoblèm ak ren ou?

Pou fanm:

- Wi Non Èske gen nenpòt posibilite ou ka ansent? Dat dènye règ ou ____/____/____
- Wi Non Èske w ap bay tete? (Tès la ak koloran an pap fè tibebe w la mal).
- Wi Non Èske ou fè alèji ak kontras?
- Wi Non Èske w te fè operasyon nan ren, èske w gen yon sèl ren?
- Fè menopoz deja
- Wi Non Èske w gen yon esterilè, yon dyafram oswa yon pessary an plas?

Mwen sètifye enfòmasyon ki anwo yo kòrèk dapre sa mwen konnen. Mwen li epi konprann sa ki nan fòm sa a epi mwen te gen opòtinite pou poze kesyon konsènan enfòmasyon ki nan fòm sa a ak konsènan pwosedi MR la ke mwen pral sibi.

Siyati moun k ap ranpli fòmilè sa a: _____ Dat ____/____/____

Fòmilè a ranpli pa: Pasyan Fami RN/MD Non enprime _____

Revize pa (anplwaye MRI sèlman): (siyen) _____

Anplwaye MRI: (enprime) _____ (Dat) ____/____/____

ID entèprèt: _____

RN Sèlman: Ekipman siveyans/MR nesèsè? Wi Non