

# 磁共振成像检查前的安全筛查

## MRI Safety Screening

年龄 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ 身高 \_\_\_\_\_

### 健康问题:

- 是  否 您是否有幽闭恐惧症?
- 是  否 您是否曾患过癌症?  
如果是, 是否接受过化疗?  是  否 是否接受过放射治疗?  是  否
- 是  否 您之前是否做过手术? 请列出**所有**做过的手术:  
手术: \_\_\_\_\_ 左侧  右侧  不适用  日期: \_\_\_\_\_  
手术: \_\_\_\_\_ 左侧  右侧  不适用  日期: \_\_\_\_\_  
手术: \_\_\_\_\_ 左侧  右侧  不适用  日期: \_\_\_\_\_

在进入磁共振扫描室前, 您必须摘除身上所有的金属物品, 包括助听器、假牙、局部钢板、钥匙、传呼机、手机、眼镜、发卡、发夹、首饰、人体穿刺饰品、手表、安全别针、回形针、钱夹、信用卡、磁条卡、硬币、钢笔、小刀、指甲刀工具、带金属扣件的衣服和带金属线的衣服。

如有任何问题或疑虑, 请在进入磁共振成像系统扫描室前咨询磁共振成像工作人员。

### 您身上是否有以下物品:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 起搏器、除颤器或导线           | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 硬膜外导管、Swan-Ganz 导管或闭合输液装置 |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 可植入泵、可植入电极、可植入导线、刺激器 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 脚链或追踪装置                   |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 子弹、弹丸、BB 弹、弹片或金属薄片   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 眼睑弹簧或导线                   |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 体内有放射性粒子或植入物         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 纹身、永久性眼妆或人体穿刺饰品           |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 动脉瘤夹                 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 药物贴片                      |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 眼睛内可能有金属异物           | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 分流装置                      |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 眼植入物、耳植入物或人工耳蜗植入体    | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 假肢                        |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 心脏假体、眼睛假体或阴茎假体       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 螺钉、钢板、关节置换装置              |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 钉子、夹子或缝线             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 连续血糖监测仪                   |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 组织扩张器                | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 助听器或假牙                    |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 支架、线圈或滤器             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 其他 (本表未列出的植入物或装置)         |

### 健康问题:

- 是  否 您是否有过敏症?
- 是  否 您是否有糖尿病?
- 是  否 您的肾脏是否有问题?
- 是  否 您是否对造影剂过敏?
- 是  否 您是否做过肾脏手术, 身上是否只有一个肾脏?

### 女性患者:

- 是  否 您是否有可能已怀孕?  
末次月经日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 是  否 您是否处于哺乳期? (本检查和所用染料不会对您的宝宝造成伤害)。
- 已绝经
- 是  否 您体内是否放置了宫内节育器、避孕隔膜或阴道环?

本人确认, 据本人所知, 上述信息正确无误。本人已阅读并理解本表内容, 并了解本人有机会就本表中的信息和本人即将接受的磁共振程序提出问题。

填表人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

填表人:  患者  患者亲属  注册护士/医生 印刷体姓名: \_\_\_\_\_

审核人 (仅限磁共振成像工作人员): (签名) \_\_\_\_\_