



OC4501



ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

БЛАНК ПРОВЕРКИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД MRI

Page 1 of 7

Patient Identification

ОТВЕТЬТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ MRI

PLEASE ANSWER ALL OF THE FOLLOWING QUESTIONS BEFORE YOUR MRI

Имя и фамилия:	Рост:	Вес:	Возраст:		
Name	Height	Weight	Age		
Причина проведения MRI и (или) симптомы: Reason for today's MRI and/or symptoms					
Раздел 1			Да	Нет	Staff int.
Вам имплантировали кардиостимулятор и (или) электроды кардиостимулятора? ЕСЛИ «ДА», НЕМЕДЛЕННО СООБЩИТЕ ПЕРСОНАЛУ КАБИНЕТА MRI Do you have a Cardiac pacemaker and/or pacemaker wires? IF "YES", NOTIFY MRI STAFF IMMEDIATELY			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вам имплантировали искусственный сердечный клапан? Если да, подготовьте ИД-карту производителя продукта. Do you have an artificial Heart valve? If yes, please have the product manufacturer ID card ready.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас есть имплантированный кардиовертер-дефибриллятор (ICD)? Do you have an Implanted Cardioverter Defibrillator (ICD)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вам устанавливали аневризматические клипсы? Do you have Aneurysm clips? <input type="checkbox"/> Аневризматические клипсы для сосудов головного мозга Brain Aneurysm clips <input type="checkbox"/> Аортальные аневризматические клипсы Aortic Aneurysm clips Дата установки: Учреждение: Date placed Facility			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вам устанавливали расширители ткани (для реконструкции молочной железы)? Do you have tissue expanders (for breast reconstruction)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вам устанавливали стапедальный протез <input type="checkbox"/> или кохлеарный имплант <input type="checkbox"/> в ухо? Do you have a Stapes implant or Cochlear implant in your ear?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас сейчас установлен катетер Сван-Ганца? Do you have a Swan-Ganz Catheter currently in place?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
На вашем теле сейчас установлены КАКИЕ-ЛИБО MRI-несовместимые ЭКГ отведения, ЭЭГ отведения, кислородный датчик или другие внешние наклейки? Если да, их необходимо снять до проведения MRI-исследования. Do you currently have ANY MRI non-compatible EKG leads, EEG leads, O ₂ Sensor or other external attachments on your body? If yes, they must be completely removed prior to entering the MRI scanner.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы когда-либо работали с металлом или попадал ли вам в глаза металл (напр., от сварки, шлифования, металлическая стружка, осколки, инородное тело, пальпебральная пружина или провод и т.д.)? Если да, сообщите об этом лаборанту кабинета MRI. Have you ever worked with metal or do you have metal in your eye (i.e. from welding, grinding, metallic shavings, slivers, foreign body, eyelid spring or wire, etc.)? If yes, please notify the MRI tech.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» НА ЛЮБОЙ ИЗ ВОПРОСОВ ВЫШЕ, НЕМЕДЛЕННО СООБЩИТЕ ОБ ЭТОМ ПЕРСОНАЛУ КАБИНЕТА MRI IF YOU HAVE ANSWERED "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS ABOVE, PLEASE NOTIFY MRI IMMEDIATELY					STAFF

ЗАПОЛНИТЕ ОБЕ СТОРОНЫ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЫ
PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THE FOLLOWING FORM

HC-IMG-002-FMT Rev. 02072020

This document can be printed for use. The printed version is not subject to revision control and is for reference only.



БЛАНК ПРОВЕРКИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД MRI

Раздел 2			Да	Нет	Staff int.
У вас были хирургические операции? Have you ever had any surgeries? ПЕРЕЧИСЛИТЕ все операции: Please LIST all surgeries			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас установлен имплантированный инфузионный насос (насос для лечения боли и пр.)? Вид: Do you have an implanted drug infusion pump (pain pump, etc.)? Type:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас установлен внешний электро-миостимуляторный прибор (TENS unit), инсулиновая помпа или иной инфузионный насос? Вид: Do you have an external TENS unit, insulin pump, or other infusion pump? Type:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы сейчас используете стимулятор роста костей или стимулятор спинного мозга? Вид: Are you currently using a bone or spinal cord stimulator? Type:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас установлен стимулятор блуждающего нерва (VNS)? Do you have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас установлено устройство глубокой стимуляции головного мозга (DBS)? Do you have Deep Brain Stimulator (DBS)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас установлен шунт? (позвоночный, глаукомный, интравентрикулярный и пр.) Do you have a shunt? (spinal shunt, glaucoma tube shunt, intraventricular shunt etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Если у вас установлен шунт, это программируемый шунт? (Т.е. интравентрикулярный шунт с программируемым клапаном) If you have a shunt, is it a programmable shunt? (i.e. programmable intraventricular shunt valve)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас установлен протез (глазной, полового члена и пр.) или искусственная конечность? Вид: Do you have a prosthesis (eye, penile, etc.) or artificial or prosthetic limb? Type:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас установлен металлический стент, фильтр, спираль или сетчатый имплантат? Где именно? Do you have a metallic stent, filter, coil, or mesh implant? Where?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас установлен какой-либо другой имплантированный медицинский предмет или устройство (укажите): Do you have any other kind of implanted medical object or device (please describe):			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Раздел 3			Да	Нет	Staff int.
Было ли у вас такое заболевание, как нефрогенный системный фиброз (NSF)? Do you have a history of NSF (Nephrogenic Systemic Fibrosis)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Была ли у вас аллергическая реакция на контрастное вещество для MRI ? Укажите: Have you had an allergic reaction to MRI contrast? Please Describe:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас есть аллергия на что-либо? Перечислите аллергические реакции: Do you have any allergies? List allergies:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вам вводили контрастное вещество для MRI <i>в течение последних 24 часов?</i> Have you had MRI contrast <i>within the last 24 hours?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас сейчас установлен какой-либо вид центрального венозного катетера (IV) (т.е. подключичный катетер, периферически вводимый центральный катетер (PICC line), катетер Хикмана) Do you currently have any type of central venous access (IV) (i.e. Port-a-Cath, PICC line, Hickman)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы когда-либо испытывали приступ? Have you ever had a seizure?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы сейчас носите лечебный пластырь (обезболивающий, никотиновый, содержащий нитроглицерин, контрацептивный)? (снимите его) Are you currently wearing a medication patch (pain, nicotine, nitro, contraceptive)? (please remove)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас возникали проблемы с проведением предыдущего MRI-исследования (т.е. клаустрофобия или боль)? Have you had any problems completing a prior MRI exam (i.e. claustrophobia or pain)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



БЛАНК ПРОВЕРКИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД MRI

Раздел 4			Да	Нет	Staff int.
Вы проходите диализ? Are you on dialysis?	<input type="checkbox"/> Гемодиализ Hemodialysis	<input type="checkbox"/> Перитонеальный диализ Peritoneal dialysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Раздел 5			Да	Нет	Staff int.
У вас установлены хирургические зажимы, скобы или металлические швы? Do you have any surgical clips, staples, or metallic sutures?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вам проводили операцию по замене сустава или устанавливали костный/суставный штифт, винт, пластинку, спицу и пр.? Have you had a joint replacement or bone/joint pin, screw, plate, wire, etc?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы сейчас проходите радиационную терапию (для лечения раковых заболеваний)? Do you currently have radiation seeds (for cancer treatment)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас есть тату или перманентный макияж? Do you have tattoos or permanent makeup?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас есть пирсинг на теле? (снимите все предметы пирсинга) Do you have body piercings? (please remove all body piercings)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
На вас сейчас парик или тупей? (снимите его) Are you currently wearing a wig or toupee? (please remove)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы носите слуховой аппарат, зубные протезы, частичный съемный протез, ретейнер или ортодонтические скобы? (снимите, если можете) Do you have a hearing aid, dentures, partial plates, retainer, or braces? (please remove if able)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас зубной протез с применением магнитов? Do you have Dental Magnets?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас под кожей есть какие-либо другие металлические фрагменты или инородные тела (пуля, шrapнель, свинцовая дробь и пр.)? Do you have any other metal fragments or foreign bodies (bullet, shrapnel, BB, etc.) under your skin?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Раздел 6: Для пациенток детородного возраста/беременных/кормящих грудью For Patients of Childbearing Age/Pregnant/Breastfeeding			Да	Нет	Staff int.
Вы беременны или предполагаете, что вы беременны? Are you pregnant or suspect you might be pregnant?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вы кормите грудью? Are you breastfeeding?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас задержка менструального цикла или вы принимаете репродуктивные препараты? Are you experiencing late menstrual periods or taking fertility medication?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас установлена внутриматочная спираль (IUD), диафрагма или пессарий ? Вид: Do you have an IUD, diaphragm or pessary ? Type:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Дата последнего менструального цикла: _____ / _____ / _____ Date of last menstrual period:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Section 7: MRI STAFF TO COMPLETE Сотрудники MPT для завершения			Да	Нет	Staff int.
У вас есть заболевания почек, включая: Do you have kidney disease, including: <input type="checkbox"/> Пересаженная почка <input type="checkbox"/> Одна почка <input type="checkbox"/> Рак почки <input type="checkbox"/> Операция на почке? Kidney transplant Single kidney Kidney cancer Kidney surgery			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас есть сахарный диабет? Do you have a history of diabetes mellitus?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
У вас когда-либо была гипертензия (высокое кровяное давление), требующая приема лекарственных препаратов? Do you have a history of hypertension (high blood pressure) requiring medication?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Продолжение на обратной стороне



БЛАНК ПРОВЕРКИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД MRI

ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТАЙТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ: Насколько мне известно, вышеуказанная информация является правильной. Подтверждаю, что ознакомился (-лась) с Информацией о MRI и содержанием данного бланка. У меня была возможность задать вопросы касательно информации, содержащейся в данном бланке, и о моем MRI-исследовании. **PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENT:** The above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the MRI Information and the contents of this form. I had the opportunity to ask questions about the information on this form and the MR procedure I am about to have.



Подпись лица, заполняющего данный бланк
 Signature of person completing this form

Дата
 Date

Время
 Time



Кем вы приходите пациенту (обведите нужное): Пациент / Родственник / Дипломированная медсестра / Лечащий врач / Лаборант кабинета MRI / Другое _____

Your relationship to the Patient (circle one): Self / Relative / RN / Physician / MRI Tech / Other _____

БЛАНК ПРОВЕРКИ ДЕЙСТВИТЕЛЕН 24 ЧАСА
SCREENING FORM WILL EXPIRE IN 24 HOURS

FOR MRI STAFF USE ONLY

Form information reviewed by: _____ Title: _____

Verified by: _____ Title: _____

Verification of MRI non compatible EKG leads, EEG leads, O2 sensors, pacemakers or other peripheral devices:

MRI Safety Interview completed by: _____ Title:

(check all that apply) Verbal Physical Visual



ВАЖНО: ПРОЧИТАЙТЕ ВСЮ НИЖЕУКАЗАННУЮ ИНФОРМАЦИЮ

МАГНИТНОЕ ПОЛЕ MRI ВСЕГДА ВКЛЮЧЕНО



Если у вас установлен кардиостимулятор или любой другой имплантат, вы обязаны немедленно сообщить об этом персоналу кабинета MRI

Некоторые импланты, устройства или предметы могут навредить вам и (или) повлиять на проведение MRI

Не входите в кабинет MR, если у вас есть вопросы или сомнения по поводу какого-либо импланта, устройства или предмета. Проконсультируйтесь с лаборантом кабинета MRI **ПЕРЕД** тем, как войти в кабинет MR.

Вы **обязаны** носить беруши или иные средства защиты органов слуха во время проведения MRI-исследования.

ПЕРЕД ТЕМ, КАК ВОЙТИ В КАБИНЕТ ПРОВЕДЕНИЯ MRI, ВЫ ДОЛЖНЫ СНЯТЬ ВСЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ ПРЕДМЕТЫ

Кошелек, кредитные карты и любые карты с магнитной полосой. **Магнитное поле сотрет данные любой карты с магнитной полосой.** Сумочка, пояс, часы, зажим для денег, монеты, ключи, телефон, пейджер, карманный нож, кусачки для ногтей. Одежда с металлическими застежками и (или) нитями. Ручки, булавки, заколки/шпильки для волос. Любые ювелирные изделия, **пирсинг**, очки, слуховые аппараты, зубные протезы, частичные съемные протезы. Инсулиновые помпы и другие инфузионные насосы, которые размещены снаружи вашего тела.

УБЕДИТЕСЬ, ЧТО В ВАШИХ КАРМАНАХ НИЧЕГО НЕ ОСТАЛОСЬ

Вам предоставляется шкафчик, где вы можете оставить свои вещи. Лаборант покажет, где вы можете оставить ключ от шкафчика на время проведения исследования.

ОНСУ НЕ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА УТЕРЯННЫЕ ИЛИ ОСТАВЛЕННЫЕ В ОТДЕЛЕНИИ ВЕЩИ ИЛИ ЗА СТЕРТЫЕ КАРТЫ С МАГНИТНЫМИ ПОЛОСАМИ.

Для пациентов с внутривенным (IV) введением контрастного вещества для MRI:

Ознакомьтесь с Информацией о контрастном веществе для MRI на обратной стороне этой страницы.

Я ПРОЧИТАЛ (а) ВЫШЕУКАЗАННУЮ ИНФОРМАЦИЮ – ИНИЦИАЛЫ ПАЦИЕНТА: _____ ДАТА: _____



IMPORTANT: PLEASE READ ALL OF THE FOLLOWING INFORMATION

THE MRI MAGNET IS ALWAYS ON



**If you have a pacemaker or any other implant
you must tell the MRI staff immediately**

**Some implants, devices, or objects may be hazardous to you
and/or may interfere with the MRI procedure**

Do not enter the MR system room if you have any questions or concerns regarding an implant, device or object. Consult the MRI Technologist **BEFORE** entering the MR room.

You are **required** to wear earplugs or other hearing protection during the MRI scan.

BEFORE ENTERING THE MRI PROCEDURE AREA, YOU MUST REMOVE ALL METAL OBJECTS

Wallet, credit cards and any magnetic strip cards. **The magnetic field will erase any cards with magnetic strips.** Purse, belt, watch, money clip, coins, keys, phone, pager, pocketknife, nail clippers. Clothing with metal fasteners and/or threads. Pens, safety pins, hairpins/clips.

All jewelry, **body piercings**, eyeglasses, hearing aids, dentures, partial plates. Insulin Pumps or other medication pumps that are on the outside of your body.

PLEASE BE SURE THAT YOU HAVE EMPTIED EVERYTHING FROM YOUR POCKETS

A locker is provided to secure your possessions and a technologist will show you where to place your locker key for the duration of test.

OHSU IS NOT RESPONSIBLE FOR ITEMS LOST OR LEFT IN THE DEPARTMENT OR CARDS WITH MAGNETIC STRIPS THAT WERE ERASED.

For Patients Receiving Intravenous (IV) MRI Contrast:

Please read the MRI Contrast Medication Guide found on the back of this page.

I HAVE READ THE ABOVE INFORMATION – PATIENT INITIALS: _____ DATE: _____

**ИНФОРМАЦИЯ О
ЛЕКАРСТВЕННОМ
ПРЕПАРАТЕ
DOTAREM® (до-та-рем)
(гадотерат меглумина)
Раствор для внутривенного
введения**

Что такое DOTAREM?

- DOTAREM – это рецептурный препарат под названием гадолиниевое контрастное вещество (GBCA). Так же, как и другие GBCA, DOTAREM вводится внутривенно для проведения магнитно-резонансной томографии (MRI).
- МРТ-исследование с применением GBCA, включая DOTAREM, помогает вашему врачу лучше определять проблемные зоны, чем при проведении МРТ-исследования без GBCA.
- Ваш врач ознакомился с вашими медицинскими записями и решил, что в вашем случае лучше использовать GBCA при проведении МРТ-исследования.

Какую самую важную информацию о DOTAREM мне нужно знать?

- DOTAREM содержит металл под названием гадолиний. Небольшое количество гадолиния может продолжительное время (от нескольких месяцев до нескольких лет) оставаться в вашем теле, включая мозг, кости, кожу и другие части тела.
- Достоверно неизвестно, как гадолиний может на вас повлиять, однако, в ходе доступных исследований не было обнаружено никаких вредных эффектов у пациентов со здоровыми почками.
- Изредка пациенты сообщали о продолжительных болях, усталости и болезненности кожи, мышц или костей, однако эти симптомы не были связаны непосредственно с приемом гадолиния.
- Существуют другие GBCA, которые могут быть использованы для проведения МРТ. Количество гадолиния, которое остается в теле, варьируется в зависимости от гадолиний-содержащего препарата. В теле остается больше гадолиния после приема Omniscan или Optimark, чем после приема Eovist, Magnevist или MultiHance. В теле остается меньше всего гадолиния после приема Dotarem, Gadavist или ProHance.
- Люди, получающие многократные дозы гадолиний-содержащих препаратов, а также беременные и дети могут быть подвержены повышенному риску накопления гадолиния в теле.
- У людей с заболеваниями почек, которые принимают гадолиний-содержащие препараты, может развиться сильное утолщение кожи, мышц и других органов (нефрогенный системный фиброз). Перед приемом DOTAREM ваш поставщик медицинских услуг должен проверить работу ваших почек.

Не принимайте DOTAREM, если у вас сильная аллергическая реакция на препарат DOTAREM.

Перед приемом DOTAREM сообщите своему поставщику медицинских услуг о состоянии вашего здоровья, включая следующую информацию:

- в прошлом вы проходили МРТ-исследования с применением GBCA. Ваш поставщик медицинских услуг может попросить вас предоставить больше информации, включая даты проведения МРТ-исследований.
- вы беременны или планируете беременность. Пока не известно, может ли DOTAREM причинить вред плоду. Обсудите со своим поставщиком медицинских услуг возможные риски для плода в случае применения таких GBCA, как DOTAREM, во время беременности.
- у вас заболевания почек, диабет или повышенное давление.
- у вас аллергическая реакция на красители (контрастные вещества), включая GBCA

Какие возможные побочные эффекты DOTAREM?

- См. «Какую самую важную информацию о DOTAREM мне нужно знать?»
- **Аллергические реакции.** Препарат DOTAREM может вызывать аллергические реакции, которые иногда могут быть серьезными. Ваш поставщик медицинских услуг будет проводить тщательные обследования на предмет проявления у вас симптомов аллергической реакции.

Распространенные побочные эффекты DOTAREM включают: тошноту, головную боль, боль или ощущение холода в месте введения инъекции, высыпания на коже.

Это не все возможные побочные эффекты препарата DOTAREM.

Проконсультируйтесь у своего врача по поводу побочных эффектов. Вы можете сообщить о побочных эффектах в Управление по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) по номеру 1-800-FDA-1088.

Общая информация о безопасном и эффективном применении препарата DOTAREM.

Препараты иногда могут применяться для иных целей, не изложенных в Информации о лекарственном препарате. Вы можете попросить своего поставщика медицинских услуг предоставить информацию о препарате DOTAREM, подготовленную для медицинского персонала.

Accompanies OC-4864

HC-IMG-001-FMT Rev. 02072020

This document can be printed for use. The printed version is not subject to revision control and is for reference only. Page 7 of 7