



**БЛАНК ПРОВЕРКИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД  
MRI**

Page 1 of 7

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

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			
<b>Раздел 1</b>			
Вам имплантировали кардиостимулятор и (или) электроды кардиостимулятора? <b>ЕСЛИ «ДА», НЕМЕДЛЕННО СООБЩИТЕ ПЕРСОНАЛУ КАБИНЕТА MRI</b> <i>Do you have a Cardiac pacemaker and/or pacemaker wires? IF "YES", NOTIFY MRI STAFF IMMEDIATELY</i>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Staff int.	
Вам имплантировали искусственный сердечный клапан? Если да, подготовьте ИД-карту производителя продукта. <i>Do you have an artificial Heart valve? If yes, please have the paroduct manufacturer ID card ready.</i>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
У вас есть имплантированный кардиовертер-дефибриллятор (ICD)? <i>Do you have an Implanted Cardioverter Defibrillator (ICD)?</i>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
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		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Дата установки: Date placed	Учреждение: Facility		
Вам устанавливали расширители ткани (для реконструкции молочной железы)? Do you have tissue expanders (for breast reconstruction)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Вам устанавливали стапедиальный 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"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
У вас сейчас установлен катетер Сван-Ганца? Do you have a Swan-Ganz Catheter currently in place?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
На вашем теле сейчас установлены КАКИЕ-ЛИБО MRI-несовместимые ЭКГ отведения, ЭЭГ отведения, кислородный датчик или другие внешние накладки? <b>Если да, их необходимо снять до проведения MRI-исследования.</b> Do you currently have ANY MRI non-compatible EKG leads, EEG leads, O <sup>2</sup> Sensor or other external attachments on your body? <i>If yes, they must be completely removed prior to entering the MRI scanner.</i>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Вы когда-либо работали с металлом или попадал ли вам в глаза металл (напр., от сварки, шлифования, металлическая стружка, осколки, инородное тело, пальцевая пружина или провод и т.д.)? <b>Если да, сообщите об этом лаборанту кабинета MRI.</b> 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.)? <i>If yes, please notify the MRI tech.</i>		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<b>ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» НА ЛЮБОЙ ИЗ ВОПРОСОВ ВЫШЕ, НЕМЕДЛЕННО СООБЩИТЕ ОБ ЭТОМ ПЕРСОНАЛУ КАБИНЕТА MRI</b>			
IF YOU HAVE ANSWERED "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS ABOVE, PLEASE NOTIFY MRI STAFF IMMEDIATELY			

**ЗАПОЛНИТЕ ОБЕ СТОРОНЫ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЫ**



**БЛАНК ПРОВЕРКИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД  
MRI**

Page 2 of 7

Patient Identification

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

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



**БЛАНК ПРОВЕРКИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД  
MRI**

Page 3 of 7

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

Patient Identification

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

**Продолжение на обратной стороне**

HC-IMG-005-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**

Page 4 of 7

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

Patient Identification

**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 приходитесь 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.

**OHSU 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: \_\_\_\_\_**



**БЛАНК ПРОВЕРКИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД  
MRI**

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

Page 6 of 7

Patient Identification

**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: \_\_\_\_\_**

HC-IMG-005-FMT Rev. 02072020

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

**ИНФОРМАЦИЯ О  
ЛЕКАРСТВЕННОМ  
ПРЕПАРАТЕ**  
**EOVIST (ио-вист) (двунатриевый  
гадоксетат) Инъекционный  
препарат для внутривенного  
введения**

**Что такое Eovist?**

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

**Какую самую важную информацию о Eovist мне нужно знать?**

- Eovist 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, до настоящего времени в ходе 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.
- При одинаковых дозировках, 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 Eovist ваш поставщик медицинских услуг должен проверить работу ваших почек.

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

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

- в прошлом вы проходили MRI-исследования с применением GBCA. Ваш поставщик медицинских услуг может попросить вас предоставить больше информации, включая даты проведения MRI-исследований.
- вы беременны или планируете беременность. Неизвестно, может ли Eovist причинить вред плоду. Обсудите со своим поставщиком медицинских услуг возможные риски для плода в случае применения таких GBCA, как Eovist, 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 от Eovist?**

- См. «Какую самую важную информацию о Eovist мне нужно знать?»
- Аллергические реакции. Препарат Eovist 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 Eovist включают: тошноту, головную боль, ощущение повышенной температуры, головокружение и боль в спине.**

Это не все возможные побочные эффекты препарата Eovist.

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 EOVIST.**

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 EOVIST, подготовленную для медицинского персонала.

**Что входит в состав препарата Eovist?**

Действующее вещество: двунатриевый гадоксетат

Вспомогательные вещества: тринатриевый калоксетат, трометамол, хлороводородная кислота и (или) гидроксид натрия (для регулирования уровня pH) и вода для введения.

Произведено для Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc.

Произведено в Германии

© 2008 Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc. Все права защищены.

Для получения дополнительной информации, посетите сайт [www.eovist.com](http://www.eovist.com) или позвоните по номеру 1-888-842-2937.

HC-IMG-005-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 8 of 8

**Accompanies OC-4867**