



OC4501



MRI PATIENT SCREENING FORM

Page 1 of 4

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

PLEASE ANSWER ALL OF THE FOLLOWING QUESTIONS BEFORE YOUR MRI

Name: Height: Weight: Age:

Reason for today's MRI and/or symptoms:

Section 1

	Yes	No	Staff
Do you have a Cardiac pacemaker and/or pacemaker wires? IF "YES", NOTIFY MRI STAFF IMMEDIATELY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have an artificial Heart valve ? <i>If yes, please have the product manufacturer ID card ready.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have an Implanted Cardioverter Defibrillator (ICD) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have Aneurysm clips ? Brain Aneurysm clips <input type="checkbox"/> Aortic Aneurysm clips <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Date placed: Facility:			
Do you have tissue expanders (for breast reconstruction)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have a Stapes implant <input type="checkbox"/> or Cochlear implant <input type="checkbox"/> in your ear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have a Swan-Ganz Catheter currently in place?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you currently have ANY MRI non-compatible EKG leads, EEG leads, O² 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"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/>	



IF YOU HAVE ANSWERED "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS ABOVE, PLEASE NOTIFY MRI STAFF IMMEDIATELY



Section 2

	Yes	No	Staff int.
Have you ever had any surgeries? Please LIST all surgeries:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have an implanted drug infusion pump (pain pump, etc.) ? Type:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have an external TENS unit, insulin pump, or other infusion pump ? Type:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Are you currently using a bone or spinal cord stimulator ? Type:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have a Vagal Nerve Stimulator (VNS) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have Deep Brain Stimulator (DBS) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have a shunt? (spinal shunt, glaucoma tube shunt, intraventricular shunt etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
If you have a shunt, is it a programmable shunt? (i.e. programmable intraventricular shunt valve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have a prosthesis (eye, penile, etc.) or artificial or prosthetic limb? Type:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have a metallic stent, filter, coil, or mesh implant ? Where?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have any other kind of implanted medical object or device (please describe):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Section 3

	Yes	No	Staff int.
Do you have a history of NSF (Nephrogenic Systemic Fibrosis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Have you had an allergic reaction to MRI contrast ? Please Describe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have any allergies? List allergies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Have you had MRI contrast <i>within the last 24 hours</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
Have you ever had a seizure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Are you currently wearing a medication patch (pain, nicotine, nitro, contraceptive)? (please remove)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Have you had any problems completing a prior MRI exam (i.e. claustrophobia or pain)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HC-IMG-004-FMT Rev. 02072020 PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THE FOLLOWING FORM

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



MRI PATIENT SCREENING FORM

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

Section 4		Yes	No	Staff int.
Do you have kidney disease, including: <input type="checkbox"/> Kidney transplant <input type="checkbox"/> Single kidney <input type="checkbox"/> Kidney cancer <input type="checkbox"/> Kidney surgery		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Are you on dialysis? <input type="checkbox"/> Hemodialysis <input type="checkbox"/> Peritoneal dialysis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have a history of diabetes mellitus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have a history of hypertension (high blood pressure) requiring medication?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Section 5		Yes	No	Staff int.
Do you have any surgical clips, staples, or metallic sutures?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Have you had a joint replacement or bone/joint pin, screw, plate, wire, etc?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you currently have radiation seeds (for cancer treatment)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have tattoos or permanent makeup?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have body piercings? (<i>please remove all body piercings</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Are you currently wearing a wig or toupee? (<i>please remove</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have a hearing aid, dentures, partial plates, retainer, or braces? (<i>please remove if able</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have Dental Magnets?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have any other metal fragments or foreign bodies (bullet, shrapnel, BB, etc.) under your skin?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Section 6: For Patients of Childbearing Age/Pregnant/Breastfeeding		Yes	No	Staff int.
Are you pregnant or suspect you might be pregnant?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Are you breastfeeding?				
Are you experiencing late menstrual periods or taking fertility medication?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Do you have an IUD, diaphragm or pessary ? Type: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Date of last menstrual period: _____/_____/_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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.



Signature of person completing this form _____

Date _____

Time _____



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

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



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: _____

**GUÍA DE
MEDICAMENTOS
EOVIST (e-o-vist)
(gadoksetato disódico)
Inyección para uso
intravenoso**

¿Qué es Eovist?

- Eovist es un medicamento de venta con receta conocido como medio de contraste a base de gadolinio (GBCA). Eovist, como otros GBCA, se inyecta en la vena y se utiliza con un escáner de imagen por resonancia magnética (MRI).
- Una exploración por MRI con un GBCA, incluido Eovist, ayuda al médico a ver mejor los problemas que una exploración por MRI sin un GBCA. Se necesita Eovist para ver mejor los problemas del hígado.
- El médico analizó su expediente médico y determinó que usted se beneficiaría del uso de un GBCA durante su exploración por MRI.

¿Qué es lo más importante que debo saber acerca de Eovist?

- Eovist contiene un metal llamado gadolinio. Pueden permanecer pequeñas cantidades de gadolinio en el organismo, incluidos el cerebro, los huesos, la piel y otras partes del cuerpo, durante un período prolongado (de varios meses a varios años).
- No se sabe qué efecto podría tener el gadolinio en usted, pero, hasta el momento, en los estudios no se descubrieron efectos perjudiciales en pacientes con riñones sanos.
- En raras ocasiones, los pacientes informaron dolores, cansancio y dolencias en la piel, en los músculos o en los huesos durante un período prolongado, pero estos síntomas no están directamente relacionados con el gadolinio.
- En dosis equivalentes, la cantidad de gadolinio que permanece en el organismo varía de acuerdo con los distintos medicamentos con gadolinio. Permanece más gadolinio en el organismo después de la administración de Omniscan u Optimark que luego de la administración de Eovist, Magnevist o MultiHance. Permanece menos gadolinio en el organismo después de la administración de Dotarem, Gadavist o ProHance.
- Las personas que reciben varias dosis de medicamentos con gadolinio, las mujeres embarazadas y los niños pequeños pueden correr un mayor riesgo de que el gadolinio permanezca en el organismo durante más tiempo.
- Algunas personas con problemas renales que reciben medicamentos con gadolinio pueden padecer una afección con engrosamiento grave de la piel, de los músculos o de otros órganos del cuerpo (fibrosis sistémica nefrogénica). Su proveedor de atención médica debe examinarlo para determinar cómo funcionan los riñones antes de recibir Eovist.

Si anteriormente ha sufrido una reacción alérgica intensa a Eovist, **no reciba este medicamento.**

Antes de recibir Eovist, infórmele al proveedor de atención médica sobre sus afecciones, incluso lo siguiente:

- si se sometió a procedimientos de MRI en los cuales recibió un GBCA. Su proveedor de atención médica puede solicitarle más información, como, por ejemplo, las fechas de dichos procedimientos.
- si está embarazada o desea quedar embarazada. Se desconoce si Eovist puede dañar al feto. Hable con su proveedor de atención médica sobre los posibles riesgos para el feto si recibe un GBCA, como Eovist, durante el embarazo.
- si tiene problemas renales, diabetes o presión arterial alta.
- si tuvo una reacción alérgica a colorantes (medios de contraste), incluidos los GBCA.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de Eovist?

- **Consulte “¿Qué es lo más importante que debo saber acerca de Eovist?”.**
- **Reacciones alérgicas. Eovist puede causar reacciones alérgicas que, en ocasiones, pueden ser graves. Su proveedor de atención médica lo controlará con regularidad para determinar si usted tiene síntomas de una reacción alérgica.**

Algunos de los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, dolor de cabeza, sensación de calor, mareos y dolor de espalda.

Estos no son todos los posibles efectos secundarios de Eovist.

Llame a su médico para pedirle asesoramiento acerca de los efectos secundarios. Usted puede informarle los efectos secundarios a la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) llamando al 1-800-FDA-1088.

Información general sobre el uso seguro y efectivo de EOVISt.

Los medicamentos, en ocasiones, se recetan para otros fines que no se mencionan en una guía de medicamentos. Puede solicitarle a su proveedor de atención médica la información sobre EOVISt para profesionales de la salud.

¿Cuáles son los ingredientes de Eovist?

Ingrediente activo: gadoxetato disódico

Ingredientes inactivos: caloxetato trisódico, trometamol, ácido clorhídrico o hidróxido de sodio (para ajustes del pH) y agua para inyección.

Fabricado por Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc.

Fabricado en Alemania.

© 2008 Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados.

Para obtener más información, visite www.eovist.com o llame al 1-888-842-2937.

Accompanies OC-4866

HC-IMG-004-FMT Rev. 02072020 PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THE FOLLOWING FORM

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