

Adult - MRI Screening Form



DIS9000

Date _____ / _____ / _____ Name _____ Age _____

1. Have you had a previous C-Section? a. Number of C-Sections _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2. Have you had other surgeries/procedures on your uterus that were not a C-Section? b. If yes, what type and how many times? i. Endometrial Ablation: _____ ii. D & C: _____ iii. Fibroid Surgery (Myomectomy or UFE): _____ iv. Other: Please specify: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
3. Have you had any surgeries or operations of any kind? If yes, please list. c. Type of surgery: _____ d. Type of surgery: _____ e. Type of surgery: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
4. Have you experienced any problems related to a previous MRI procedure?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
5. Have you been injured with a metallic or foreign object? This includes any injury from metal shavings, metal slivers, bullets, BB shrapnel, etc.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

WARNING: Certain implants, devices or objects may be hazardous to you and/or may interfere with the MRI procedure. Please be aware that items such as jewelry, hearing aids, cell phones, pocket knives, watches, coins, hair pins, wallets and credit cards **cannot** enter the MRI scan room. Patients must **remove** all makeup and hair accessories prior to entering MRI scan room. If you have any questions or concerns regarding an implant, device, or object please consult with the MRI Technologist or Radiologist **BEFORE** entering the MRI scan room.

The MRI Magnet is ALWAYS on.

Do you have any of the following? Please check either Yes OR No in the following boxes for each individual line item:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Body piercing
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Bone /joint pin, screw, nail, wire, plate
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Bone growth/bone fusion stimulator
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Brain surgery clips/aneurysm clips
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Cardiac pacemaker
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Carotid artery clips
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Catheter type: _____ (i.e. Foley, PICC)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Cochlear or other otologic/ear implant
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Dental work
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Ear surgery
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Electronic implant or device
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Hearing aid - remove before MR
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Heart valve
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Implanted cardioverter defibrillator (ICD)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Injury from metal object/foreign body or metal object in your eye (metal slivers, metal shavings, bullet, BB, shrapnel, etc.)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Insulin or other infusion pump
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Internal electrodes or wires
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Intravascular coils
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Jewelry/metal items on you or clothing
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Joint replacement
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Kidney disease
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Leg brace | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Magnetically activated implants
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Magnetic eyeliner or eyelashes
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Neurostimulation device (TENS)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Penile implant
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Prosthesis
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Shunt type: _____
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Spinal cord stimulator
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Surgical staples, clips, or metallic sutures
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Tattoo or permanent makeup
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Temperature sensing catheter
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Temperature probe
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Tissue expander
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Tracheostomy
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Transdermal patches/medication patches
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Vascular clamps
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Weighted NG tube
Other implants not listed: _____
For Females Only
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - IUD - If yes, please list
IUD type: _____
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Pregnant or possibility of pregnancy
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - Breast feeding |
|---|---|

Signature: _____ Relationship to Patient: _____ Date: _____

Please sign and date

Staff screening individual prior to MR suite entry: _____

RN Staff screening prior to sedation/IV start: _____

MR Technologist screening prior to MR scan room entry: _____



MAGNETIC RESONANCE (MR) PROCEDURE SCREENING

PATIENT I.D. LABEL

Formulario Valorativo para IRM (Imagen por Resonancia Magnética)- Adultos



DIS9000SP

Fecha: ____/____/____ Nombre: _____ Edad: _____

1. ¿Ha usted tenido una Cesárea? Sí No
 a. Número de Cesáreas: _____

2. ¿Ha usted tenido otras cirugías/procedimientos en el útero que no fueron Cesáreas? Sí No
 De así ser, ¿qué tipo y cuantas veces?
 i. Ablación endometrial: _____
 ii. D & C: _____
 iii. Cirugía de Fibroides (Miomectomía o UFE): _____
 iv. Otro: Por favor especifique: _____

3. ¿Ha usted tenido cirugías u operaciones de algún tipo? De así ser, por favor anótelas. Sí No
 c. Tipo de cirugía:
 d. Tipo de cirugía:
 e. Tipo de cirugía:

4. ¿Ha usted experimentado algún problema relacionado a previos procedimientos de Imágenes por Resonancia Magnética (MRI)? Sí No

5. ¿Ha usted sido lesionado(a) por un objeto metálico o cuerpo foráneo? Sí No
 Esto incluye lesiones causadas por astillas metálicas, virutas metálicas, balas, postas BB, perdigones, etc.

ADVERTENCIA: Durante el estudio de IRM, ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para usted y/o podrían interferir con el procedimiento. Por favor tenga en mente que artículos como joyas, audífonos, teléfonos celulares, navajas de bolsillo, relojes, monedas, ganchos de pelo, billeteras y tarjetas de crédito **no pueden ser traídas** adentro del cuarto de IRM. Los pacientes **deberán quitarse** todo maquillaje y accesorios para el cabello antes de entrar al cuarto de IRM. Si usted tiene preguntas o preocupaciones acerca de algún implante, dispositivo u objeto, por favor consulte con el técnico de IRM o con el Radiólogo **ANTES** de entrar al cuarto de IRM

El imán de IRM está SIEMPRE encendido.

¿Tiene usted algo de lo siguiente? Por favor marque Si O No en la casilla correspondiente a cada enunciado:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Perforaciones corporales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Implante activado magnéticamente
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Pin, clavo, tornillo, placa, alambre en un hueso/articulación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Delineador o pestañas magnéticas
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Estimulador del crecimiento óseo/fusión ósea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Dispositivo neuro estimulador (TENS)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Clips por cirugía cerebral/clips para aneurismas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Implante en el pene
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Marcapaso cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Prótesis
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Clips en la arteria carótida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Derivación (shunt) tipo: _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Catéter tipo: _____ (eje. Foley, PICC)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Estimulador de la medula espinal
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Implante Coclear u otológico (de oídos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Grapas, pinzas o suturas metálicas quirúrgicas
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Trabajo dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Tatuaje o maquillaje permanente
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Cirugía del oído	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Catéter sensor de temperatura
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Implante o dispositivo electrónico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Sonda para temperatura
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Audífono- quíteselo ante de la RM	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Expansor de tejidos
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Traqueostomía
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Desfibrilador cardioversor implantado (ICD)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Parches de medicamento transdérmico
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Lesión causada por objeto metálico/cuerpo foráneo en el ojo (astillas o virutas metálicas, bala, BB, perdigón, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Pinzas vasculares
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Sonda NG con pesa

Otros implantes no incluidos: _____

Para Mujeres solamente

Sí No – IUD (Dispositivo intrauterino) De así ser, por favor escriba el Tipo de IUD: _____

Sí No – Embarazada o posiblemente embarazada

Sí No – Amamantando

Firma: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha _____

Por favor firme y escriba la fecha

Miembro del Personal evaluando al individuo antes de entrar a la suite de RM _____

Enfermera(o) evaluando antes de comenzar el sedante/IV: _____

Técnico de RM evaluando antes de ingresar al cuarto de RM: _____

ENTREVISTA PARA PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

PATIENT I.D. LABEL



Texas Children's Hospital

www.texaschildrenshospital.org

DIS-9000SP

5/20