

OUTPATIENT MRI SCREENING

Анкета амбулаторного пациента перед МРТ-исследованием (магнитно-резонансная томография)

RUSSIAN

Name (Имя): _____ Date of Birth (Дата рожд.): _____ Height (Рост): _____ Weight (Вес) _____

Patient or family member MUST fill out the form completely PRIOR to the MRI exam.

Please indicate if you have any of the following items:

Пациент или член семьи пациента ДОЛЖЕН заполнить анкету полностью ДО НАЧАЛА МРТ- исследования.

Просим отметить, если у вас есть какие-либо из перечисленных ниже предметов/устройств:

QUESTIONS FOR MRI ELIGIBILITY/METAL SCREENING

ВОПРОСЫ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МРТ / СКРИНИНГ НА НАЛИЧИЕ МЕТАЛЛА

YES NO

ДА НЕТ

- Have you ever had an MRI scan?
Проходили ли вы когда-нибудь МРТ-обследование (MRI)?
- Do you currently have an implanted Cardiac pacemaker or defibrillator?
Есть ли у вас в настоящее время имплантированный кардиостимулятор или дефибриллятор?
- Have you ever had a Cardiac pacemaker or defibrillator removed?
Вам когда-нибудь удаляли имплантированный кардиостимулятор или дефибриллятор?
- Do you have restless legs, tremors or are you unable to lie flat?
Есть ли у вас синдром беспокойных ног, тремор или вы не можете лежать в горизонтальном положении?

Please indicate if you have:

Просим отметить, если у вас есть:

- Aneurysm clips in brain? If yes, in which institution were they placed _____
Аневризматические клипсы в области мозга? Если да, то в каком лечебном учреждении их установили?
- A neurostimulator, deep brain stimulator, vagus nerve stimulator, spinal cord stimulator (implanted or removed)?
Нейростимулятор, электроды для глубокой стимуляции мозга, стимулятор блуждающего нерва, стимулятор спинного мозга (имплантированный или удалённый)?
- An implanted drug pump (e.g., insulin, baclofen, chemotherapy, pain medicine)?
Имплантированный инфузионный насос/помпа для введения доз лекарственных препаратов (например, инсулина, баклофена, препаратов химиотерапии, обезболивающих средств)?
- Any internal electrodes (e.g., doppler wires, abandoned or fractured leads)?
Любые внутренние электроды (например, доплеровские провода, неиспользуемые или сломанные отведения/провода)?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING - RU

Page 1 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

YES NO
ДА НЕТ

- Vascular clips, GI clips, intravascular filters, artificial heart valves, or coils?
Сосудистые зажимы, зажимы для желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), внутрисосудистые фильтры, искусственные сердечные клапаны или спирали?
- A capsule endoscopy or ingested a "pill cam" in the last six months?
У вас была капсульная эндоскопия или вы глотали эндоскопическую капсулу ("таблетку-камеру") в течение последних шести месяцев?
- Coronary, abdominal, vascular, or other stents in your body?
Коронарные, абдоминальные, сосудистые или любые другие стенты в вашем теле?
- An implant held in place or controlled by a magnet (e.g., programmable shunt)?
Имплантат, удерживаемый на месте или управляемый магнитом (например, программируемый шунт)?
- A surgically placed non-programmable shunt (e.g., TIPS)? If yes, what type:

Непрограммируемый шунт, установленный хирургическим путём (например, трансаремный внутрипечёночный портосистемный шунт TIPS)? Если да, то какого типа:
- A loop recorder?
Петлевой регистратор?
- Eye implants?
Глазные имплантаты?
- Breast tissue expanders?
Расширители ткани молочной железы?
- Any orthopedic hardware (e.g., pins, rods, screws, nails, wires, or plates)?
Любые ортопедические конструкции (например, штифты, стержни, винты, гвозди, провода или пластины)?
- An artificial/prosthetic limb or joint replacement?
Искусственная конечность (протез) или замена/протез сустава?
- A penile implant, IUD, Implanon/Nexplanon, or diaphragm birth control?
Пенильный имплантат, внутриматочная спираль (ВМС), подкожный противозачаточный имплантат Импланон/Некспанон или противозачаточная диафрагма?
- A glucometer sensor or any medication patches (e.g., nitroglycerin, nicotine, hormone, anti-nausea, pain)?
Датчик глюкометра или любые лекарственные пластыри (например, нитроглицериновые, никотиновые, гормональные, противорвотные, обезболивающие)?
- Any metallic make-up/nail polish, piercings, or hair implants/accessories (e.g., bobby pins, clips, extensions)?
Любой макияж/лак для ногтей, содержащий металл, пирсинг или волосные имплантаты/аксессуары для волос (например, шпильки, зажимы, наращённые волосы)?
- Tattoos or tattooed eyeliner placed within the last 6 weeks?
Татуировки или татуаж глаз, сделанные в течение последних 6 недель?
- Dentures? If yes, are they removable? **YES ДА** **NO НЕТ**
Зубные протезы? Если да, то являются ли они съёмными?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING - RU

Page 2 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

YES NO
ДА НЕТ

- Any metal in your body such as shrapnel, gunshot wound, BB pellet?
Наличие в вашем теле любых металлических предметов, таких как фрагменты шрапнели, огнестрельной раны, сферической пули ВВ/дробь?
- Any pieces of metal in your eyes?
Какие-либо фрагменты металла у вас в глазах?
- Worked as metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession?
Работали металлистом, шлифовщиком, сварщиком, механиком/станочником и т.д. в качестве хобби или в рамках профессиональной деятельности?
- Have you ever had surgery to your inner ear?
Была ли у вас когда-либо операция на внутреннем ухе?
- Ear implants (e.g., cochlear, Baha, stapes prosthesis, or tubes)?
Ушные импланты (например, кохлеарные, аппарат Баха, протез стремени или трубки/шунты)?
- Hearing aids?
Слуховые аппараты?
- Any other type of surgically implanted medical devices, removable medical devices or personal items not covered above? If yes, what type: _____
Любые другие виды медицинских устройств, имплантированных хирургическим путём, съёмных медицинских устройств или предметов личного пользования, которые не были упомянуты выше?
Если да, то какие именно:

QUESTIONS FOR GADOLINIUM CONTRAST ADMINISTRATION
ВОПРОСЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГАДОЛИНИЕВОГО КОНТРАСТА

- Do you have any allergies?** If yes, please list: _____
Есть ли у вас какие-либо аллергии? Если ДА, пожалуйста, перечислите
- Are you allergic to MRI contrast? If yes, are you pre-medicated? **YES** ДА **NO** НЕТ
Есть ли у вас аллергия на контрастные вещества, используемые при проведении МРТ? Если ДА, то получили ли вы предварительную медикаментозную терапию (премедикацию)?
- Do you have kidney problems, decreased kidney function, or a family history of kidney problems?
Есть ли у вас проблемы с почками, снижение функции почек или заболевания почек в семейном анамнезе?
- Have you ever had kidney surgery or been on dialysis?
Была ли у вас когда-либо операция на почке или проводился диализ?
- Do you have diabetes (Insulin or Non-insulin dependent)?
Есть ли у вас сахарный диабет (инсулинозависимый или инсулиннезависимый)?
- Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant? Are you nursing an infant?
YES ДА NO НЕТ
Беременны ли вы или предполагаете, что можете быть беременны? Кормите ли вы ребёнка грудью?
- Have you received an iron or Feraheme injection in the past 3 months?
В течение последних 3 месяцев получали ли вы инъекцию железа или Ферохема?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING - RU

Page 3 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

YES NO
ДА НЕТ

- If you have a venous access port, do you need it accessed?
Если вам установлена порт-система венозного доступа, потребуется ли доступ к ней?
- Have you had surgery within the past 6 weeks?
Были ли у вас какие-либо операции в течение последних 6 недель?
- Have you ever had surgery? If so, what type? _____
Были ли у вас в прошлом какие-либо операции? Если да, то какие именно?

In the past week, have you experienced any of the following: nausea/vomiting, diarrhea, fever/chills? If so, please specify:

За последнюю неделю испытывали ли вы что-либо из перечисленного: тошноту/рвоту, диарею, жар/озноб? Если испытывали, просьба указать что конкретно:

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center – UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING - RU

Page 4 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services