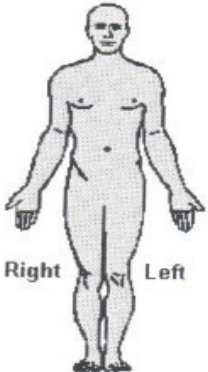
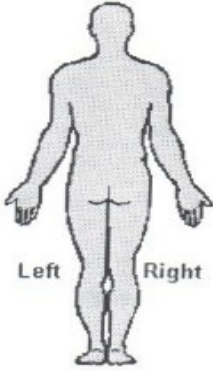


浙江大学 7T 磁共振安全筛查表

_____年____月____日

磁共振安全筛查表--- 第 1 部分： 一般信息							
姓 名			出生日期		年 月 日		
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身高	m	体重	kg	惯用手	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	以前是否做过磁共振检查？ 如果是，检查的日期和类型：_____						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有幽闭恐惧症？						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	仰躺是否有医学问题？（如呼吸有问题，背疼，恶心等）						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	近一周内是否做过胃肠道钡剂检查、X 线、PET、CT 检查、核素检查（ECT）？ 如果是，检查的日期和类型：_____						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否曾在机器车间或类似金属环境中工作过（身体某部位可能有金属碎屑，尤其是眼中）？如果是，请进行说明：_____						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否在被检部位有经皮给药贴片（如膏药，尼古丁贴片等）？ 如果有请在检查前取下，并擦净残留药物。						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有急性鼓膜损伤？						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	以前是否做过手术？ 如果是，手术的日期和类型：_____						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	现在是否发热？ 如果是，体温：_____℃						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否循环功能不好(如高血压,心输出量减少)、糖尿病、肥胖症(大于 135kg), 或出汗能力受损						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否做过结核测试，检查结果：_____						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有过结核病史？						
仅限女性：							
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否过了更年期？						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否正在怀孕或可能正在怀孕？最近一次月经日期：_____						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	目前正在哺乳？						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否使用避孕环（IUD）或避孕隔膜等？如果是，请说明材料：_____						
若需扫描腹部和盆腔：							
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	近期是否服过中药？						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	此前 4 个小时内是否吃过什么东西？ 如果是，请进行说明：_____						

第 2 部分：危险物品检查清单

安全筛查表—— 第 2 部分： 危险物品检查清单	
<p>以下物品可能会干扰 MR 成像，某些物品实际上会危及您的安全。请说明您是否携带了这些物品：</p> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 心脏起搏器 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 脑部是否可能有金属（如脑动脉瘤夹） <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 眼睛里是否可能有金属或者是否因曾在金属环境中工作过而需要洗眼？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 是否有植入医学装置： <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 人造心脏瓣膜 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 电子耳蜗、金属耳管或其他耳植入物 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 神经刺激器 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 骨刺激器 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 植入泵，如胰岛素或其他灌流泵 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 自动除颤器 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 内部节奏电线 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 电极或导线 </div> <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 过去六周是否做过牙科植入物（基台，牙冠） <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 过去六周是否做过骨、肌腱、脊柱或关节手术 </div>	<p>请在以下身体部位图中，标记您身体内或身体上的任何金属的位置。</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>
<div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 血管是否存有任何类型的支架、夹子或做过手术： <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 动脉瘤血管夹，颈动脉血管钳 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 主动脉夹 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 冠脉支架 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 过滤器（如下腔静脉过滤器） <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 线圈（用于动脉阻塞） <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 人工心脏瓣膜 </div> <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 体内是否还有其他金属： <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 脊髓杆等其他金属杆、盘、螺丝等 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 人工关节 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 是否用棒、片、针、螺丝或钉子固定断骨 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 手术用钩或金属缝线 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 金属网状植入物 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 任何类型的假体（假眼、假肢、义乳等） <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 不可进行磁共振扫描的固定金属假牙 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 分流装置 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 刺入身体的首饰 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 炮弹碎片、鹿弹或子弹等 </div> <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 染发、纹身、纹眉、眼线或永久性化妆品 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 永久眼衬 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 任何金属碎片或外来物 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 其他金属物品_____ </div>	
<div style="display: flex; align-items: center;"> <p>以上任何一项选“是”的人员，不得进入磁体间进行扫描。</p> </div>	

第 3 部分：进入磁体室前的检查清单

MR 安全筛查表——第 3 部分：进入磁体室前的检查清单

进入磁体室时，切勿携带任何金属或磁敏感性物品。检查您是否携带了以下物品：

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 身体、头发或衣物是否潮湿 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 眼镜, 隐形眼镜 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 可卸下的假牙 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 助听器 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 手表 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 手机等通讯设备 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 照相机 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | U 盘等电子用品 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 首饰（项链、耳环、戒指等） |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 皮夹或钱夹 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 磁卡（IC 卡、信用卡、银行卡、存折） |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 钢笔或铅笔 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 钥匙 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 硬币 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 小折刀，剪刀 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 打火机 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 金属拉链或纽扣 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 带金属饰物的衣服 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 带扣 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 鞋 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 皮带、腰带、围腰 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 发夹 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 带金属扣、金属丝的乳罩 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 别针 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 膏药 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 磁疗内衣 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 有化学腐蚀性、潮湿、易燃易爆的物品 |

轮椅、平车、担架以及监护仪、输液泵、氧气桶等仪器切勿入内。如需吸氧，请自带氧气袋。



警告：不得将上述物品带入磁体室，它们可能会对设备和 MR 系统造成破坏，并可能造成人身伤害。

☐我已了解上述各项说明并确实回答

☐已年满 18 岁 受试者签名：_____

☐未年满 18 岁 监护人签名：_____ 与受试者关系：_____

表格填写人：_____ 与被试者的关系：_____

主 试：_____ 实 验 类 型：_____

说 明

有以下情况的患者，需慎行 MR 检查，仅在患者或家属签字同意检查后方可进行：

1. 从事可能导致铁磁材料、金属碎片意外进入体内的职业或活动；
2. 新生儿、婴幼儿、昏迷、神志不清、精神异常、易发癫痫或心跳骤停者、严重外伤、幽闭症患者及不配合的患者。有精神症状的患者及婴、幼儿患者请到开单临床医师处开镇静药；
3. 体温调节系统失调的患者，如新生儿、出生体重低的婴儿；
4. 具有永久刺纹眼线及纹身的患者；
5. 急性鼓膜损伤的患者；
6. 妊娠期妇女，如必需进行磁共振检查，需临床医师签字注明“可在妊娠期执行磁共振成像检查”后，方可安排检查；
7. 体内存有金属内置物的患者，如必需进行磁共振检查，需临床医师签字注明“该患者体内的金属内置物经过确认是可安全用于磁共振成像检查的”后，方可安排检查。

附 注：