

## Outpatient MRI Screen--Russian

### Магнито-резонансное обследование амбулаторного больного Письменный опрос

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

(Пациент или член его семьи ДОЛЖНЫ заполнить анкету полностью ДО НАЧАЛА магнито-резонансного обследования - (MRI))

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_  
Дата рожд. \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_

Do you have any allergies? (Y/N) \_\_\_\_\_ If so, Please list them: \_\_\_\_\_  
Есть ли у вас аллергия? (ДА / НЕТ) \_\_\_\_\_ Если ДА, перечислите \_\_\_\_\_

The following items can interfere with MR imaging and some can actually be hazardous to your safety. Please check YES or NO if you have any of the following items:

Перечисленные ниже предметы могут помешать выполнению магнито-резонансных снимков, а некоторые могут даже повредить вашему здоровью. Пожалуйста отметьте ДА или НЕТ если у вас имеются любые из этих предметов:

YES NO  
ДА НЕТ

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiac pacemaker or defibrillator<br><b>Кардиостимулятор или дефибрилятор</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aneurysm clips<br><b>Зажим при аневризме</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurostimulator (TENS Unit) or insulin pump<br><b>Нейростимулятор (прибор TENS) или инсулиновый насос</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vascular clip or intravascular filter, coil or stent, swan ganz<br><b>Сосудистый зажим или внутрисосудистый фильтр, спираль или стент, катетер Свана-Ганза</b> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artificial heart valves<br><b>Искусственный сердечный клапан</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pacing wires<br><b>Электроды кардиостимулятора</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any metallic body such as shrapnel, gun shot wound, BB pellet<br><b>Любой металлический предмет, как напр. осколок, огнестрельная рана, дробь</b>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any ear implants<br><b>Разные ушные импланты</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hearing aids<br><b>Слуховые аппараты</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any eye implants<br><b>Разные глазные импланты</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tattoo eyeliner  |

PATIENT SIGNATURE ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА		DATE ДАТА
WITNESS/RELATIONSHIP ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ЛИЦА / РОДСТВО	PRINT NAME ФАМИЛИЯ /ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	DATE ДАТА

PT.NO

NAME

DOB

#### UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center  
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

#### OUTPATIENT MRI SCREEN-RUSSIAN



\*U2393\*

UH2393 REV AUG 11

WHITE – MEDICAL RECORD  
CANARY – PATIENT



**Тушь для глаз**

- Any orthopedic items (i.e. pins, rods, screws, nails, wires, or plates)  
**Разные ортопедические предметы (напр. булавки, шпильки, шурупы, гвозди, провода или пластины)** -----
- Any surgical clips, wire sutures, or surgical staples  
**Разные хирургические зажимы, проволочные швы, хирургические скобки**
- Prosthesis or artificial limb or joint replacement  
**Протезы или искусственные конечности, замененные суставы**
- Dentures  
**Зубные протезы**
- Nitroglycerin or Nicotine patches  
**Нитроглицериновые или никотиновые наклейки**
- Penile Implant or IUD or diaphragm  
**Импланты полового члена, внутриматочная спиралька или диафрагма**
- Have you ever in your lifetime been a metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession?  
**Приходилось ли вам когда-либо работать с металлами во время занятий своим хобби, или быть точильщиком, шлифовщиком, слесарем-механиком и т.д. по-специальности?**
- Do you have any pieces of metal in your eyes?  
**Есть ли у вас в глазах металлическая стружка или какие-либо др. кусочки?**
- Are you nursing an infant?  
**Кормите ли вы грудью ребёнка?**
- Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant?  
**Вы беременны или считаете, что возможно беременны?**
- Have you ever had a MRI scan?  
**Делали ли вам магнито-резонансное сканирование (MRI)?**
- Will you need medication for pain and/or claustrophobia?  
**Нужно ли вам принимать лекарство от боли и/или клаустрофобии?**
- Have you ever had surgery? If so, when and what trype?  
**Вам когда-нибудь делали операцию? Если ДА, то КОГДА? и КАКУЮ?**
- Do you have kidney disease, impairment, decreased renal function or on dialysis?  
**Страдаете ли вы болезнью почек, ухудшение функции почек, находитесь ли вы на диализе?**

Please describe your symptoms and how long they have been present: \_\_\_\_\_  
**Пожалуйста, опишите свои симптомы и как давно они вас беспокоят?** \_\_\_\_\_

- Do you have any other pertinent medical problems? \_\_\_\_\_  
**Есть ли у вас какие-либо другие медицинские проблемы, имеющие отношение к сегодняшней проверке?**

PATIENT SIGNATURE ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА xxx	DATE ДАТА xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	FORM REVIEWED BY
WITNESS/RELATIONSHIP _____ СВИДЕТЕЛЬ / РОДСТВО xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	PRINT NAME ФАМИЛИЯ / ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ xxxxx	DATE ДАТА

PT.NO

NAME

DOB



**UW Medicine**  
Harborview Medical Center – UW Medical Center  
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**OUTPATIENT MRI SCREEN-RUSSIAN**



\*U2393\*

UH2393 REV AUG 11