

## MRI SCREENING FORM

Fax this form and any screening/consent forms to 441-232-0042 or scan and email to: [imaging@hmc.bm](mailto:imaging@hmc.bm)

Imaging Reception Phone: 441-495-3666 - [www.hmc.bm](http://www.hmc.bm) - Physical Address: 10/12 Burnaby Street, City of Hamilton HM11 Bermuda

Patient Name _____	DOB (DD/MM/YYYY) _____
Today's Date _____	Patient ID _____
Procedure being performed _____	Side: Right / Left / N/A
	PT Weight _____

### TO BE FILLED OUT BY THE PATIENT

Some of the following items may be hazardous to your safety and some can interfere with the MRI examination. Please check the correct answer for each of the following. Alguns dos itens a seguir podem ser perigosos para sua segurança e outros podem interferir no exame de ressonância magnética. Verifique a resposta correta para cada um dos seguintes.

**YES = SIM    NO = NÃO**

- YES  NO **Cardiac Pacemaker / Marcapasso cardíaco**
- YES  NO **Implanted Cardioverter Defibrillator (ICD) / Desfibrilador cardioversor implantado**
- YES  NO **Aneurysm Clip(s) / Clipe (s) de aneurisma**
- YES  NO **Metal fragments in the eyes / Fragmentos de metal nos olhos**
- YES  NO **Have you ever worked with metal (metal worker, welder) / Você já trabalhou com metal (metalúrgico, soldador)**
- YES  NO **Electronic implant or device / Implante ou dispositivo eletrônico**
- YES  NO **Do you have a neurostimulation or magnetically activated device implanted? / Você tem um dispositivo de neuroestimulação ou magneticamente ativado implantado?**
- YES  NO **Carotid Artery Vascular Clamp / Pinça Vascular da Artéria Carótida**
- YES  NO **Implanted Drug Infusion Device / Dispositivo de infusão de medicamento implantado**
- YES  NO **Bone Growth Fusion Stimulator / Estimulador de fusão de crescimento ósseo**
- YES  NO **Cochlear, otologic or ear implant / Implante coclear, otológico ou auricular**
- YES  NO **Any type of Prosthesis (eye, penile, etc.) / Qualquer tipo de prótese (olho, pênis, etc.)**
- YES  NO **Intravascular stents filters / Filtros de stents intravasculares**
- YES  NO **Tattooed Makeup (eyeliner, lips, etc.) / Maquiagem tatuada (delineador, lábios, etc.)**
- YES  NO **Internal pacing wires / Fios internos de estimulação**
- YES  NO **Aortic Clip / Clipe Aórtico**
- YES  NO **Hearing Aide (remove before MRI) / Auxiliar de Audição (removível antes da ressonância magnética)**
- YES  NO **Dentures (remove before MRI) / Dentaduras (removíveis antes da ressonância magnética)**
- YES  NO **Are you pregnant? / Você está grávida?**
- YES  NO **Previous reaction to MRI contrast (Gadolinium) or iodine? / Reação anterior ao contraste de ressonância magnética (gadolínio) ou iodo?**
- YES  NO **Do you have Asthma and dependent on an inhaler? / Você tem asma e depende de um inalador?**
- YES  NO **Are you allergic to any medication or foods? / Você é alérgico a algum medicamento ou alimento?**
- YES  NO **Kidney failure, chronic renal disease or on dialysis? / Insuficiência renal, doença renal crônica ou em diálise?**
- YES  NO **Other, please explain / Outro, por favor explique?:**

**Note: You are required to wear earplugs or earphones during the MRI examination. Observação: você deve usar protetores de ouvido ou fones de ouvido durante o exame de ressonância magnética.**

Signature of Patient \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_