

磁共振实验被试检查单

填写说明：该检查单用于检查您是否存在不适宜接受磁共振扫描的情况，对于保障安全和维护您的权益十分重要。请务必认真阅读，准确填写。填写中如有疑问，请随时询问主试和工作人员。			
姓名：	出生年月日：	性别：	
编号：	(主试填写)	身高： 厘米	体重： 公斤
请逐项检查您是否存在如下情况，如是，请打√并具体说明			
<input type="checkbox"/> 在金属环境工作过	<input type="checkbox"/> 曾动过手术	<input type="checkbox"/> 曾眼睛受伤（涉金属）	<input type="checkbox"/> 曾头部创伤
<input type="checkbox"/> 患有幽闭恐惧症	<input type="checkbox"/> 患有癫痫	<input type="checkbox"/> 患有美尼尔氏综合症	<input type="checkbox"/> 患过肾炎或其他肾病
<input type="checkbox"/> 曾中风/昏厥过	<input type="checkbox"/> 因免疫缺陷存在较高感染风险		<input type="checkbox"/> 以上全部没有
<input type="checkbox"/> 处于怀孕或哺乳期	<input type="checkbox"/> 目前体温异常或体温调节障碍		
请逐项检查您身体是否存在下列物品，如是，请打√			
<input type="checkbox"/> 心脏起搏器	<input type="checkbox"/> 心脏支架	<input type="checkbox"/> 心脏瓣膜修复	<input type="checkbox"/> 主动脉夹
<input type="checkbox"/> 颈动脉夹	<input type="checkbox"/> 动脉瘤血管夹	<input type="checkbox"/> 脑夹	<input type="checkbox"/> 分流装置
<input type="checkbox"/> 神经刺激器	<input type="checkbox"/> 永久眼衬	<input type="checkbox"/> 电子耳蜗	<input type="checkbox"/> 施接普内耳膜
<input type="checkbox"/> 助听器	<input type="checkbox"/> 口腔正畸矫治器	<input type="checkbox"/> 植入泵	<input type="checkbox"/> 胰岛素泵
<input type="checkbox"/> 电极	<input type="checkbox"/> 金属杆、盘、螺丝等	<input type="checkbox"/> 金属网眼	<input type="checkbox"/> 骨或关节针
<input type="checkbox"/> 人工关节	<input type="checkbox"/> 宫内节育器	<input type="checkbox"/> 纹身	<input type="checkbox"/> 以上全部没有
<input type="checkbox"/> 假体（如假牙、种植牙、假眼、假肢等）		<input type="checkbox"/> 其他体内异物或植入物	
注 意：进入扫描间前，请务必确认身上没有携带任何磁性物体、金属物体或电子用品，例如：手表、手机、钥匙、磁卡、银行卡、U盘、硬币、发夹、项链、耳环、戒指、带金属饰物的衣服、隐形眼镜、美瞳、假睫毛、指甲配饰、贴片及膏药（如药物贴片、暖宝宝），等。			
被试签字确认	我已认真阅读上述安全检查条目，所存疑问均已得到解答，确认填写无误。 签字： 日期： 年 月 日	被试监护人签字确认	我是被试的_____。我已认真阅读上述安全检查条目，所存疑问均已得到解答，确认填写无误。 签字： 日期： 年 月 日
主试签字确认	● 我的主试编号是_____。 ● 我已按照科研伦理要求获取被试（及被试监护人）对参加该研究的知情同意。我已结合上述安全检查条目对被试进行了安全检查，未发现磁共振扫描风险或禁忌情况。 ● 该研究被试类型为： <input type="checkbox"/> 学前儿童（<6岁） <input type="checkbox"/> 学龄儿童（6-17岁） <input type="checkbox"/> 青壮年（18-59岁） <input type="checkbox"/> 老年（≥60岁） <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病人 <input type="checkbox"/> 残障 签字： 日期： 年 月 日		
扫描员签字确认	我已审阅该检查单，所存疑问均已解决，未发现磁共振扫描风险或禁忌情况。 签字： 日期： 年 月 日		