



高级磁共振研究实验室被试安全检查表

被试姓名：_____ 被试编号：_____ 出生日期（年月日）：_____

性别：_____ 身高：_____ cm 体重：_____ kg

您是否：

- | 是 | 否 | 如果是，请选择 |
|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 在金属环境工作过？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 有幽闭恐惧症？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 患过肾炎或其他肾病？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 曾经动过手术？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 有头部创伤？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 患有美尼尔综合症？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 曾经眼部受伤（涉及金属）？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 处于怀孕或哺乳期？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 曾中风/昏厥？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 患有癫痫？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 因免疫缺陷存在较高感染风险？ |

下列物品对磁共振图像有**影响**并对您的安全不利，请检查您是否有下列物品中的任何一种？

<input type="checkbox"/> 心脏起搏器	<input type="checkbox"/> 骨或关节针	<input type="checkbox"/> 助听器
<input type="checkbox"/> 心脏支架	<input type="checkbox"/> 人造耳膜	<input type="checkbox"/> 脑夹
<input type="checkbox"/> 神经刺激器	<input type="checkbox"/> 金属杆、盘、螺丝等	<input type="checkbox"/> 劲动脉夹
<input type="checkbox"/> 植入泵	<input type="checkbox"/> 假体（如假牙、假眼、假肢等）	<input type="checkbox"/> 胰岛素泵
<input type="checkbox"/> 电子耳蜗	<input type="checkbox"/> 动脉瘤血管夹	<input type="checkbox"/> 人工关节
<input type="checkbox"/> 纹身	<input type="checkbox"/> 心脏瓣膜修复	<input type="checkbox"/> 金属网眼
<input type="checkbox"/> 分流装置	<input type="checkbox"/> 主动脉夹	<input type="checkbox"/> 宫内节育器
<input type="checkbox"/> 电极	<input type="checkbox"/> 永久眼衬	

注意：进入扫描间前，请确认身上**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、假睫毛等？

我确认已被告知本研究的目的、过程、可能的风险和副作用以及潜在的获益和费用；我的所有问题已得到满意答案，愿意参加本研究。我已仔细阅读并签署本研究的被试知情同意书。

被试签名：_____ 被试监护人签名：_____ 日期：_____

与被试关系：_____

以下由研究者填写

健康志愿者 老年人（≥60岁） 青少年（7-16岁） 儿童（≤6岁） 残疾人 病人

主要研究者签名：_____ 日期：_____