

영상검사 전 환자평가 체크리스트

생년월일 :

환자이름 :

아래의 질환이 있거나 해당 복용 약물이 있는 경우 조영제 관련 이상 반응 발생가능성이 더욱 높기 때문에 검사 전 보다 주의가 필요하며, 경우에 따라 사전 조치가 필요합니다.

■ 조영제 MRI

조영제 환자평가 과거력 및 병력		
조영제 부작용 과거력	☐ 예	☐ 아니요
알레르기 질환	☐ 예	☐ 아니요
천식 병력	☐ 예	☐ 아니요
당뇨병	☐ 예	☐ 아니요
신장질환	☐ 예	☐ 아니요
신장 수술력	☐ 예	☐ 아니요
임신여부 및 가능성	☐ 예	☐ 아니요
폐소공포증	☐ 예	☐ 아니요
신장기능검사		
검사전 180일 이내 serum Creatinine 또는 eGFR 시행 (Creatinine 1.2 이상 또는 eGFR 60 이하 시, 조영제 사용 불가)	☐ 예	☐ 아니요

■ 모든MRI

조영제 환자평가 과거력 및 병력		
CIED (Pacemaker/ICD/CRT)	☐ 예	☐ 아니요
V-P Shunt (Ventricular-Peritoneal Shunt)	☐ 예	☐ 아니요
Cochlea Implants	☐ 예	☐ 아니요
SCS (Spinal Cord Stimulation) / ITP (Intrathecal Pump)	☐ 예	☐ 아니요
DBS (Deep Brain Stimulation)	☐ 예	☐ 아니요
VSN (Vagus Nerve Stimulation)	☐ 예	☐ 아니요
천수근신경자극기삽입술 (Implantation of sacral neurostimulator)	☐ 예	☐ 아니요
교정용 금속 물질 (인공관절, 척추 고정기구, 치아교정기, 음경보형물 등)	☐ 예	☐ 아니요
금속용 자성 물질 (삽입형 약물 주입기, 보청기, 틀니, 머리핀, 신용카드, 가발)	☐ 예	☐ 아니요
의료 장비 (Infusion & Syringe pump, 산소통, SpO2센서, electropatch)	☐ 예	☐ 아니요

▶ 폐소공포증으로 인해 검사 어려움이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

▶ 진정제를 사용한 추가 검사는 어렵습니다. ☐ 동의합니다.

의뢰의사명: _____ (서명) 환자명: _____ (서명)