

**Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis
Exam 5**



MRI Exclusion

Id#:

Acrostic:

Interviewer ID#:

Date:

Month

Day

Year

1 ¿Tiene un "clip" o una pinza por una aneurisma en el cerebro?

☐ YES ☐ NO

Please indicate Manufacturer and Model
(needs to be verified from medical records)

Hospital Name _____

City, State _____

If not available, skip to question 6

2 ¿Tiene usted fragmentos de metal en sus ojos, en el cerebro o en la médula espinal?

☐ YES * ☐ NO

skip to question 6

3 ¿Es usted (o ha sido usted) un trabajador del metal, soldador, o afilador en su trabajo?

☐ YES ☐ NO

4 ¿Tiene algún dispositivo electrónico interno como un implante de cóclea o un estimulador para la médula espinal, marcapaso o un desfibrilador cardiaco implantado?

☐ YES * ☐ NO

skip to question 6

5 (FEMALE ONLY) ¿Está o piensa que puede estar embarazada?

☐ YES * ☐ NO

skip to question 6

6 Does participant pass all MRI exclusion criteria?

NOTE: Starred responses indicate that the participant is ineligible

☐ YES ☐ NO

skip to End

7 If Selected for Gadolinium:

a. ¿Tiene usted antecedentes de enfermedad renal o hepática grave (como cirrosis)?

☐ YES ☐ NO

skip to question 8

b. ¿Es alérgico al gadolinio?

☐ YES ☐ NO

skip to question 8

c. ¿Ha recibido gadolinio en los últimos 30 días?

☐ YES ☐ NO

skip to question 8

d. Was eGFR test performed?

☐ YES ☐ PENDING ☐ NO

(Not eligible for contrast if eGFR not done)

Date of test:

Month / Day / Year

Serum Creatinine Caclulated eGFR

Tech. ID: _____

Indicate reason

- ☐ Refused
- ☐ No blood for test
- ☐ Ill
- ☐ Physically unable
- ☐ Other:

8 Is participant eligible for contrast?

(Record on MRI Completion Form)

☐ YES ☐ NO ☐ Pending eGFR

MRI Appointment Information

Read description of MRI procedure

9 Does participant agree to MRI?

☐ YES → Appointment Date: _____

Appointment Time: _____ M

☐ YES, but another time

Contact after: _____

☐ NO → Reason for refusal:

- ☐ Not interested
- ☐ Sick
- ☐ Caring for person at home
- ☐ Claustrophobia
- ☐ Other: