



Exam 6

MRI Exclusion Form

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date: / /
Month Day Year

1. Exclude based on weight? ☐ Yes ☐ No

Weight (imported from anthropometry form): . lbs *If over 300 lbs, then exclude from MRI*

MESA Atrial Fibrillation study specific questions (will show up only if consented to MESA Atrial Fibrillation study)

(Men only) ¿Está dispuesto a dejar que le afeiten el vello de la parte superior izquierda del pecho para la aplicación de un monitor cardíaco?

- ☐ Yes ☐ No**

¿Tiene alergias cutáneas a la cinta adhesiva o a otros adhesivos en la piel?

- ☐ Yes** ☐ No

¿Tiene un neuroestimulador?

- ☐ Yes** ☐ No

En las siguientes dos semanas, ¿le han programado un escáner MRI, CT, mamograma o rayos X que no sean parte del estudio MESA? (if yes, will need to explore dates and schedule the Ziopatch application around the test)

- ☐ Yes ☐ No

¿Está planificando viajar por avión en las próximas 6 semanas? (if yes, will need to explore dates and schedule the Ziopatch applications around the air travel)

- ☐ Yes ☐ No

For all participants:

2. ¿Tiene... (Mark all that apply)

- ☐ Yes* ☐ No Un marcapasos y/o un desfibrilador implantable automático
- ☐ Yes* ☐ No Un clip para un aneurisma cerebral
- ☐ Yes* ☐ No Un neuroestimulador
- ☐ Yes* ☐ No Un implante coclear, otológico u otro implante en el oído
- ☐ Yes* ☐ No Un dispositivo activado magnética o eléctricamente (Insulin or infusion pump)
- ☐ Yes* ☐ No Una exposición a fragmentos de metal en los ojos o alrededor de los ojos? O un trabajo con metal como con una soldadura de arco eléctrico, una fresadora, una perforadora de metal, o fabricando herramientas?

***Clinic Staff: Please note that single-starred responses exclude the participant from MRI for all ancillary studies (Atrial Fibrillation, PET, Tissue Sodium, and Memory/Alzheimer's Disease).**

****Clinic Staff: Please note that any item double starred excludes the participant from participating in the Atrial Fibrillation ancillary study**



Exam 6

MRI Exclusion Form

3. ¿Es o está... *(Mark all that apply)*

- ☐ Yes* ☐ No Embarazada o con posibilidad de quedar embarazada
- ☐ Yes* ☐ No Intensamente claustrofóbico (see Claustrophobia protocol)
- ☐ Yes* ☐ No Teniendo dificultades para estar acostado sobre la espalda o para respirar?