Cuestionario de detección de seguridad de Resonancia Magnética

## *Newport Diagnostic Center*

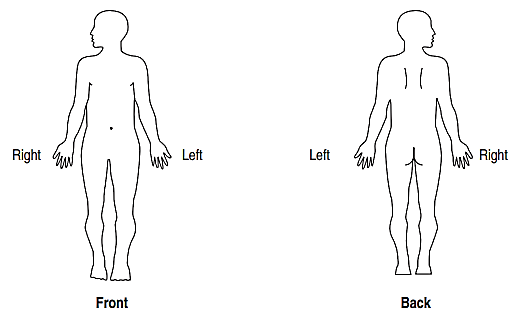


Los sistemas de imágenes por resonancia magnética (IRM) utilizan campos magnéticos intensos y energía de radiofrecuencia para obtener imágenes de los tejidos blandos del cuerpo. Ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden representar un peligro para las personas que se encuentran muy cerca del imán del sistema de resonancia magnética y / o pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Fecha de nacimiento: | | MRN: |
| Fecha: | Estatura: | Peso: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué parte del cuerpo se examina hoy?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  |
| ¿Qué pruebas y / o tratamientos por imágenes médicas le han hecho para este problema? (Resonancia magnética previa, inyecciones, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | |
| Cuándo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dónde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  |
| ¿Ha tenido una cirugía en la parte del cuerpo que se va a escanear hoy?  sí  No |  | |  |
| En caso afirmativo, ¿cuándo (fecha aproximada)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Procedimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  |
| Describa sus síntomas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  |
| ¿Tiene antecedentes personales de cáncer?  sí  No |  | |  |
| En caso afirmativo, indique el tipo de cáncer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  |
|  |  | |  |

Sombree las áreas a continuación en la figura donde está experimentando su dolor / síntomas.



derecho

Izquierdo

Izquierdo

derecho

**Front** parte delantera **Back** atrás

**Continúe en la página 2**

CUESTIONARIO DE PRUEBA DE SEGURIDAD DE MRI, continuación

**\*\*\*\* Proporcione cualquier tarjeta de implante que tenga\*\*\***

¿Tiene alguno de los siguientes?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| sí | no |  |
|  |  | Marcapasos cardíaco o desfibrilador cardioversor implantado / DAI (en su lugar o eliminado) |
|  |  | Válvula del corazón |
|  |  | Clips o bobinas de aneurisma Si es así, ¿en qué parte de su cuerpo? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  | Monitor cardíaco / registrador de bucle |
|  |  | Electrodos o cables internos (cables de estimulación, cables DBS o VNS) |
|  |  | Stents? Si es así, ¿en qué parte de su cuerpo? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  | ¿Derivación? En caso afirmativo, ¿conoce el nombre y la marca de su derivación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Neuroestimulador / estimulador de la médula espinal |
|  |  | Estimulador de crecimiento óseo |
|  |  | Filtros Si es así, ¿en qué parte de su cuerpo? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  | Implante de oído (coclear), implante de oído medio |
|  |  | Expansor de tejidos |
|  |  | Pestañas magnéticas |
|  |  | Bomba de medicamentos implantada (p. Ej., Para quimioterapia u otros analgésicos) |
|  |  | Bomba / monitor de drogas externo (para insulina u otro medicamento) |
|  |  | DIU En caso afirmativo, ¿qué marca / tipo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Audífonos (deben quitarse antes de ingresar a la sala de resonancia magnética) |
|  |  | Perforación corporal (es posible que le pidan que se quite todas las joyas) |
|  |  | ¿Alguna vez has tenido metal en los ojos? Si es así, ¿se eliminó?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Posquirúrgico implantado (clavijas, varillas, tornillos, placas, alambres)?  sí  no

Si es así, ¿qué y en qué parte de tu cuerpo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cualquier otro dispositivo implantado en su cuerpo no mencionado anteriormente?  sí  no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene algún parche de medicamento?  sí  no

¿Está embarazada o podría estarlo?  sí  no ¿Estas amamantando?  sí  no

Si todavía está menstruando, proporcione la fecha de su último período. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de?

Sí NO Sí NO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nefropatía |  | |  | ¿Estás en diálisis? |
|  |  | Diabetes |  | |  | Reacción alérgica al contraste de resonancia magnética |
|  |  | Alergia a medicamentos, tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |

Doy fe de que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. He leído y entiendo todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información contenida en este formulario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente / padre / tutor / otro