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