



ATENCIÓN: PACIENTES QUE SE SOMETEN A RM Y FAMILIARES ACOMPAÑANTES

La sala de resonancia magnética (RM) tiene un imán muy potente que está SIEMPRE ACTIVADO. Antes de que se le permita entrar, debemos saber si tiene algún objeto metálico en el cuerpo. Ciertos objetos metálicos pueden interferir en el examen o pueden incluso ser peligrosos; por lo tanto, responda las siguientes preguntas cuidadosamente.

- SÍ / NO / ? ¿Alguna vez se lesionó un ojo con algo de metal?
SÍ / NO / ? ¿Alguna vez le extrajeron del ojo algo de metal?
En caso afirmativo, ¿un médico oculista le confirmó que se extrajo TODO el metal del ojo? SÍ / NO / ?
SÍ / NO / ? ¿Está embarazada, posiblemente embarazada o amamantando?

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ CUALQUIERA DE ESTOS ELEMENTOS DENTRO O SOBRE EL CUERPO?

- SÍ / NO / ? Marcapasos, alambres o desfibrilador
SÍ / NO / ? Clip cerebral/aneurismático
SÍ / NO / ? Implante ocular
SÍ / NO / ? Implante auditivo
SÍ / NO / ? Balas, balines o perdigones
SÍ / NO / ? Metrallas o fragmentos de metal
SÍ / NO / ? Implante magnético en cualquier parte del cuerpo
SÍ / NO / ? Bomba de infusión
SÍ / NO / ? Espiral, filtro o alambre en un vaso sanguíneo
SÍ / NO / ? Catéter o tubo implantado (excepto sonda de Foley, catéter i.v. o vía de inserción periférica)
SÍ / NO / ? Válvula cardíaca artificial
SÍ / NO / ? Prótesis peneana
SÍ / NO / ? Estimulador eléctrico para nervios o huesos.
*Si tiene un estimulador óseo, se necesitan radiografías AP y lateral.
SÍ / NO / ? Clips quirúrgicos, grapas, alambres, mallas o sutura
SÍ / NO / ? Videocápsula endoscópica
SÍ / NO / ? Endoclip para hemorragias (procedimiento endoscópico)
SÍ / NO / ? Elementos ortopédicos (placas, tornillos, pernos, varillas, alambres)
SÍ / NO / ? Expansor tisular
SÍ / NO / ? Pesario/cabestrillo vesical
SÍ / NO / ? DIU (dispositivo intrauterino)
SÍ / NO / ? Parches cutáneos medicinales (apósito Acticoat)
SÍ / NO / ? Stents. En caso afirmativo, ¿dónde?
SÍ / NO / ? Piercings. En caso afirmativo, ¿dónde?
SÍ / NO / ? ¿Tiene tatuajes o delineado de ojos permanente?
SÍ / NO / ? Derivación intracraneal. En caso afirmativo, ¿es programable? SÍ/ NO

Los siguientes artículos pueden dañarse o causar lesiones a otras personas en presencia de un campo magnético potente. ESTÁ PROHIBIDO INGRESAR CON ELLOS A LA SALA DE RM. ¿TIENE ALGUNO DE ESTOS ELEMENTOS DENTRO O SOBRE EL CUERPO?

- SÍ / NO Audifonos
SÍ / NO Pelucas/extensions capilares
SÍ / NO Extremidad artificial/prótesis
SÍ / NO Dentaduras/placas parciales/dispositivos de retención

¿Se le ha realizado algún tipo de cirugía?

Sí / No

En caso afirmativo, especifique aquí:

INFORMACIÓN RELATIVA AL MEDIO DE CONTRASTE (GADOLINIO) UTILIZADO EN LA RM

Su examen podría incluir una inyección i.v. con un agente de contraste que contiene gadolinio para ayudar a diagnosticar su afección con mayor precisión. Al igual que con todos los fármacos, existe una pequeña probabilidad de que el gadolinio le provoque una reacción alérgica.

- SÍ / NO / ? ¿Alguna vez tuvo una reacción a un medio de contraste con gadolinio?
SÍ / NO / ? ¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas fuertes?
SÍ / NO / ? ¿Tiene antecedentes de trastornos hepáticos o sanguíneos?
SÍ / NO / ? ¿Tiene antecedentes de enfermedad renal o alguna vez se le ha sometido a una diálisis?
SÍ / NO / ? ¿Tiene diabetes?
SÍ / NO / ? ¿Tiene hipertensión (presión arterial alta)?
SÍ / NO / ? ¿Tiene un feocromocitoma?
SÍ / NO / ? ¿Toma Coumadin/warfarina?

SOLO PARA EL TÉCNICO:

Sitio de inyección:

Tipo/cantidad de contraste:

N.º de lote/fecha de venc.:

El paciente comprende la información acerca del agente de contraste: Sí No

Declaro que mis respuestas a las preguntas de este formulario son correctas a mi leal saber y entender. Léí y comprendí todo el contenido de este formulario, y tuve la oportunidad de formular preguntas acerca de la información incluida en este formulario.

Nombre del paciente (en letra de imprenta clara): _____ **PESO** _____ **ESTATURA** _____

Firma (paciente o tutor): _____ Fecha: _____ Hora: _____

Personal examinador: _____ Acompañante: _____

Paciente examinado con un detector de metales portátil antes de ingresar a la sala de RM. Iniciales: _____

18/05/2016 sms