

Control de seguridad de RMN

Edad _____ Peso _____ Altura _____

Preguntas de salud:

- Sí No ¿Tiene claustrofobia?
 Sí No ¿Alguna vez ha tenido cáncer?
Si es así, ¿se sometió a quimioterapia? Sí No ¿Radioterapia? Sí No
 Sí No ¿Alguna vez se sometió a una cirugía? Indique **todas** las cirugías:
Cirugía: _____ Izquierdo Derecho N/C Fecha: _____
Cirugía: _____ Izquierdo Derecho N/C Fecha: _____
Cirugía: _____ Izquierdo Derecho N/C Fecha: _____

Antes de entrar a la sala de resonancia magnética, debe quitarse todos los objetos metálicos, incluidos audífonos, dentaduras postizas, placas parciales, llaves, localizador, teléfono celular, anteojos, horquillas para el cabello, broches, joyas, piercings en el cuerpo, reloj, alfileres de gancho, clips, clip para billetes, tarjetas de crédito, tarjetas con banda magnética, monedas, bolígrafos, navaja de bolsillo, cortaúñas, ropa con cierres de metal y ropa con hilos metalizados.

Consulte al personal de RMN si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar en la sala del sistema de resonancia magnética.

¿Tiene algo de lo siguiente?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos, desfibrilador o cables | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Catéter epidural, catéter de Swan-Ganz o puerto |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante de bomba, electrodo, cable, estimulador | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pulsera de tobillo o dispositivo de seguimiento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bala, perdigón, balín, esquirlas o astillas de metal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Muelle o resorte para párpados |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implantes o semillas de radiación en el cuerpo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tatuaje, maquillaje permanente de ojos o piercings |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clips de aneurisma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parche medicinal |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Posible presencia de metal en los ojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Shunt/derivación |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante ocular, auditivo o coclear | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis en extremidades |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis cardíacas, oculares o penianas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tornillos, placas, prótesis articulares |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ganchos, broches o suturas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monitor continuo de glucosa |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Expansores tisulares | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Audífonos o prótesis dentales |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Stent, coil o filtros | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros (implantes o dispositivos no mencionados) |

Preguntas de salud:

- Sí No ¿Tiene alguna alergia?
 Sí No ¿Tiene diabetes?
 Sí No ¿Tiene algún problema renal?
- Sí No ¿Es alérgico al medio de contraste?
 Sí No ¿Se ha operado del riñón, tiene 1 solo riñón?

Para las mujeres:

- Sí No ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Fecha de la última menstruación ____/____/____
 Posmenopáusica
- Sí No ¿Está en periodo de lactancia? (La prueba y el medio de contraste no dañan al bebé).
 Sí No ¿Se ha colocado un DIU, un diafragma o un pesario?

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que antecede es correcta. He leído y comprendo el contenido de este formulario y he podido hacer preguntas sobre la información que contiene y sobre el procedimiento de resonancia magnética al que me someteré.

Firma de la persona que llena el formulario _____ Fecha ____/____/____

Formulario completado por: Paciente Pariente RN/MD Nombre en imprenta. _____

Revisado por (solo personal de RMN): (firma) _____

Personal de RMN: (imprensa) _____ (Fecha) ____/____/____

Id. del intérprete: _____

RN únicamente: ¿Se requiere equipo de monitoreo/RM? Sí No