

**QUESTIONARIO DE SEGURIDAD PARA MRI**

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**ALTURA:** \_\_\_\_\_ **PESO:** \_\_\_\_\_

Los siguientes artículos pueden ser perjudiciales para usted durante la exploración de su Señor o interfieran con el examen del Señor. ¿Proporcione un "sí" o "no" respuesta para cada ítem?

**SÍ NO**

- Marcapasos cardíaco o cardioversor-desfibrilador implantable/CIE
- Electrodo internos o cables (estimulación los alambres, cables de DBS o VNS)
- Valor, bobina, filtro o stent (coil de Gianturco, filtro vena cava inferior) del corazón artificial
- Clips de aneurisma
- Unidad de TENS neuroestimulador, bioestimulador, DBS, VNS estimulador del crecimiento óseo
- Bomba de medicamentos implantado (p. ej., insulina, quimioterapia, analgésicos)
- Puerto de acceso IV (Port-a-Cath, Broviac, PICC línea, cisne-Gantz, termodilución)
- Prótesis post quirúrgico implantado (pernos, varillas, tornillos, placas, alambres)
- Articulación artificial o miembro
- Ojo o párpado artificial
- Lesiones de ojos causadas por un objeto metálico (virutas de metal, astillas de metal)
- Implante de oído (coclear), implante de oído medio
- Prótesis auditiva
- Dientes falsos/prótesis, trabajos dentales removibles metálicos, brackets, retenedores
- Cualquier tipo de implante sostenido en su lugar por un imán
- Herido por un objeto metálico (metralla, balas, BB) y requiere atención médica
- Parche de medicación (nitroglicerina, estrógeno, anticonceptivos, nicotina)
- Válvula de presión ajustable y programable de derivación o Sophy
- Dispositivo de fijación espinal, fusión vertebral o chaleco del halo, estimulador de la médula espinal
- Clips quirúrgicos, establos o malla quirúrgica
- Implante del pene
- Pesario, DIU, diafragma
- Semillas de la radiación (tratamiento del cáncer)
- Pantallas, tatuaje o maquillaje permanente
- Peluca, implantes de pelo

**TIENE USTED HISTORIAL DE:**

- |    |    |   |    |    |                                |
|----|----|---|----|----|--------------------------------|
| SI | NO | Enfermedad en los riñones                           | SI | NO | Claustrofobia                  |
| SI | NO | Presión Alta  | SI | NO | Alergia al Latex               |
| SI | NO | Insuficiencia Cardíaca                              | SI | NO | Reacción alérgica al contraste |
| SI | NO | Enfermedad en el hígado (gadolinium based, Feridex) | SI | NO | Historial de Cancer            |

Esta usted en Diálisis? SI NO, Si su respuesta es sí, Hemodialysis or Peridialysis? Circule uno

¿Usas drogas antiinflamatorias no-steroidal a diario? SÍ NO

**QUESTIONARIO DE SEGURIDAD PARA MRI**

**Pacientes femeninas:**

¿Está embarazada? SI NO

¿Es usted madre lactante? SI NO

Si todavía está menstruando, indique la fecha de su último periodo: \_\_\_\_\_

Si respondiste sí a alguna de las preguntas en la página anterior, por favor, discutir cualquier preocupación o problema que pudiera tener usted con su Técnico de MR.

**Instrucciones para el paciente, tutor:**

Proporcionamos un casillero para quitar todos los elementos, pueden ser almacenados y trabados con seguridad durante su exploración. Usted puede traer la llave en la sala de exploración con usted.

1. Quite **TODAS** las joyas, **TODOS** los piercing en todo el cuerpo y **TODOS** los accesorios de pelo.
2. Retirar prótesis dentales, dentaduras postizas, placas dentales parciales, retenedoras.
3. Quite los audífonos y anteojos.
4. Por favor vacíe todos los bolsillos de toda la ropa que pueda llevar.
5. Quitar toda la ropa con los sujetadores de metal, broches, cremalleras y retire el cinturón.
6. Guardar su ropa y objetos de valor en el casillero previsto y retire la llave.
7. Por favor, usar el baño antes de su examen de MRI.
8. Por favor, asegúrese de que usted reciba un par de tapones para los oídos y / o los auriculares antes de iniciarse el examen de resonancia magnética. Algunos pacientes pueden encontrar los niveles de ruido inaceptables, y los niveles de ruido pueden dañar sus oídos.

Doy fe de la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entendido todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información en este formulario.

 \_\_\_\_\_

Firma del Paciente, Padre o Tutor legal

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Fecha

Hora

\_\_\_\_\_

MR Tech/Signature

\_\_\_\_\_

Date

Time

\_\_\_\_\_

Print Name of MR Tech

**FOR MRI STAFF USE ONLY**

**CONTRAST ORDER/SIGNATURE**

**To Be Filed in the Medical Record**

CONTRAST TYPE: \_\_\_\_\_ INJECTION RATE: \_\_\_\_\_ INJECTION AMOUNT: \_\_\_\_\_

CREATININE VALUE: \_\_\_\_\_ GFR VALUE: \_\_\_\_\_ BUN VALUE: \_\_\_\_\_ DATE ACQUIRED: \_\_\_\_\_

CREATININE/GFR SCREENING WAIVED BY: \_\_\_\_\_

MRI TECHNOLOGIST SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_