

MRI - Parte A

Algunos factores como el peso, la complejidad del paciente y el tipo de examen pueden determinar si se puede realizar el examen.

Estatura: _____ Peso: _____ lb/kg

Apellido _____	
Nombre _____	
Fecha de nacimiento _____	Fecha _____

La seguridad del paciente es nuestra principal preocupación. La sala de imagen por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) contiene un imán muy potente y SIEMPRE está encendido. Antes de que se le permita entrar a la sala de MRI debemos saber si tiene algún metal dentro o sobre el cuerpo. DEBE quitarse todos los objetos metálicos, incluido el teléfono celular, las llaves, los relojes, los pasadores para el cabello, las navajas de bolsillo, los encendedores, las tarjetas de crédito, los bolsos, las carteras, la joyería, etc. Los aparatos auditivos se deben quitar inmediatamente antes de entrar a la sala de MRI. Si no retira dichos artículos, es posible que se dañen seriamente o que provoquen lesiones a otras personas o a usted mismo. Responda con cuidado las siguientes preguntas.

He leído y entiendo la información anterior y me he quitado todo el metal Sí No
 ¿Se sometió a algún procedimiento médico o dental con sedación en las últimas 24 horas? Sí No

***Cápsula para endoscopia del intestino delgado .. Sí No

***Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo (LVAD) (bomba cardíaca) Sí No

***Implantes mamarios Sí No

**Marcapasos o cables de marcapasos Sí No

**Desfibrilador cardíaco implantado Sí No
(anterior o actual)

**Embarazo Sí No
Último periodo menstrual _____

*Neuroestimulador implantado Sí No

*Válvulas cardíacas artificiales/
endoprótesis coronarias Sí No

Fecha: _____ Marca: _____

Modelo: _____

*Grapas quirúrgicas o vasculares/
injertos/endoprótesis Sí No

Tipo: _____

*Grapas para aneurismas Sí No

*Colonoscopia o procedimiento del sistema digestivo que implique grapas quirúrgicas reciente Sí No

*Bomba para medicamentos Sí No

*Unidad de neuroestimulación ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA (TENS) externa Sí No

*Cuerpo metálico extraño (heridas de bala, cerclaje de retina, etc.) Sí No

*Lesión ocular con metal Sí No

*Cirugía de oído, ojos o cerebro previa Sí No

*Catéter, sonda de drenaje, monitor de temperatura Sí No

Aparatos auditivos Sí No

Ropa de tela Dri Weave, Dri Fit o de tejidos que absorben la humedad Sí No

Respondí las preguntas anteriores con precisión.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____
 (Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado) Parentesco: _____

Parches para piel con medicamento Sí No
 Antecedentes de cáncer Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____

Reemplazos o implantes de articulaciones Sí No

Dispositivos ortopédicos o prostéticos Sí No

Filtro en forma de paraguas en la vena cava Sí No

Extensiones de cabello/cabello postizo/peluca Sí No

Aparatos de ortodoncia, resortes bucales, prótesis dentales removibles Sí No

Brillo/maquillaje de ojos permanente Sí No

Cualquier cosa sostenida con imanes o pasadores .. Sí No

Tatuajes o perforaciones en el cuerpo Sí No

Claustrofóbico Sí No

Ferropenia tratada con Feraheme Sí No

Antecedentes de epilepsia (ataques) Sí No

Antecedentes de diarrea en los últimos 2 a 3 días ... Sí No

Alguna caída en los últimos 30 días Sí No

Si la respuesta es sí, cuándo: _____

¿Tiene algo en su cuerpo con lo que no haya nacido? Sí No Si no se encuentra en la lista anterior, notifíquelo al técnico.

¿Tomó algún medicamento antes de este examen? Sí No

¿Cuenta con un conductor? N/A Sí No

Mencione todas las cirugías anteriores y sus fechas:

¿Algún otro estudio con imágenes previo relacionado con el motivo del examen de hoy? Sí No

Tipo de examen _____

Centro _____

Fecha _____

MRI CANNOT be performed if "Yes" is answered to triple asterisk (***) questions. Double asterisk (**) require a signed informed consent. Single asterisk (*) may require further discussion between the Radiologist & Technologist. Document any verbal approvals/instructions on Part B. I have reviewed each response with the patient or their legal guardian, power of attorney, next of kin, etc. and **PERFORMED CLINICAL PAUSE #1.**

Technologist's Signature: _____ Date: _____

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____

PRUEBAS PREVIAS AL CONTRASTE DE MRI PARA EL CONTRASTE IV

Su médico o radiólogo podría considerar necesario que se le aplique una inyección intravenosa (IV) con un medio de contraste que contenga gadolinio para mejorar la calidad de su examen por resonancia magnética (magnetic resonance, MR).

Aunque los medios de contraste con gadolinio se han utilizado de manera segura en millones de pacientes, pueden presentarse reacciones leves (especialmente dolor de cabeza o náuseas) y reacciones graves o que pongan en peligro la vida.

¿Alguna vez se le ha administrado una inyección con medio de contraste? Sí No
 ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción al medio de contraste? Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Actualmente está amamantando? Sí No
 ¿Tiene antecedentes de diabetes? Sí No
 ¿Tiene asma? Sí No
 ¿Tiene antecedentes de presión arterial alta? Sí No
 ¿Está en tratamiento por gota? Sí No
 ¿Tiene antecedentes de cáncer de mama con extracción de nódulos linfáticos? Sí No
 ¿Tiene antecedentes de fístula arteriovenosa (AV)? Sí No
 ¿Se le han hecho diálisis o tiene insuficiencia renal? Sí No

(Técnico: En caso de que la tasa de filtración glomerular [glomerular filtration rate, GFR] sea menor de 30, utilice también el documento adjunto A047: Consentimiento para administrar gadolinio en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal)

El técnico me explicó el procedimiento, recibí y leí la guía del medicamento del agente de contraste a base de gadolinio que se puede usar como parte de mi examen de resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) y recibí respuestas a mis preguntas.

Acepto que me realicen el procedimiento de MRI con una inyección de medio de contraste si es necesario.

Firma del paciente(padre, madre o tutor, si el paciente es menor de edad o está incapacitado) **Fecha** **Hora**

Firma del técnico:

GFR _____ (Document any contrast protocol modification on Part B)
 Creatinine _____ Reference Range _____ - _____ Date _____

Contrast Name _____ Contrast Amount _____ mL
 Lot # _____ Contrast Expiration Date _____ Contrast NDC # _____
 Injection Site _____ Flow Rate _____
 Multi-dose vial or Single-dose vial ? If single dose vial, amount of discarded contrast _____ mL
 IV Device Used _____ Time of Injection _____ Tech Initials _____