

MAGNÉTICO RESONANCIA IMÁGENES (Resonancia magnética)

CRIBADO FORMA

PACIENTE INFORMACIÓN															
Nombre:			Fecha de Nacimiento:		Peso:		Médico:								
Examen:			Síntomas:												
PACIENTE PRUEBA								SÍ	NO						
Tener tú <u>alguna vez</u> tenía un lesión a el ojo involucrando a metálico objeto (p.ej metálico astillas, molienda, metralla etc)															
Si Sí, órbita rayos X debe ser hecho y leer por a radiólogo previo a programación un Resonancia magnética a menos que seguro Por el médico que todo el metal fue retirado después de la lesión. (¿Completado? ☐ Sí ☐ No)															
Hacer tú experiencia claustrofobia en pequeño espacios o tener dificultad mintiendo departamento y tenencia aún para 30 ¿minutos?															
Si necesario, contacto su doctor a arreglar medicamento antes el día de el escanear. (¿Organizado? ☐ Sí ☐ No)															
Si tú Me recetaron medicamentos <u>para esto examen</u>, indique medicamentos aquí:															
(Femenino pacientes): Son tú embarazada o sospechar eso tú puede ser ¿embarazada?															
Si tú son amamantamiento, por favor informar el tecnólogo.															
Marque Sí en todas las opciones que correspondan <table border="0" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>Y</td><td>N</td><td>Y</td><td>N</td><td>Y</td><td>N</td> </tr> </table>										Y	N	Y	N	Y	N
Y	N	Y	N	Y	N										
En diálisis			ERC grave o terminal			Lesión renal aguda									
Trasplante de riñón			Riñón único			Historia de cáncer en los riñones									
Historia de la ERC			Historia de lesión renal aguda			Diabetes mellitus									
Reacción previa al contraste de resonancia magnética			Asma												
Enumere cualquier alergia:															
Si Sí, y el Grupo I o III contraste es probable a se utilizará:			Creatinina:			TFGe:									
Fecha:															
Ciertos implantes son peligrosos y puede prevenir tú de teniendo un Resonancia magnética. Cualquier elemento respondió " Sí " requerir escrito documentación a ser revisado y aprobado previo a programación o exploración.								SÍ	NO						
Marcapasos o implantado cables (ACTUALMENTE NO ESCANEADO EN ESTE INSTALACIÓN)															
Implantado cardioversor desfibrilador (CIE) (ACTUALMENTE NO ESCANEADO EN ESTE INSTALACIÓN)															
¿Cirugía cerebral? En caso afirmativo, ¿qué tipo?															
Marque Y o N según corresponda. <table border="0" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>Y</td><td>N</td><td>Y</td><td>N</td><td>Y</td><td>N</td> </tr> </table>										Y	N	Y	N	Y	N
Y	N	Y	N	Y	N										
Clips o espirales para aneurismas cerebrales			Neuroestimulador implantado			Dispositivo implantado para la apnea del sueño									
Dispositivo de oído interno/medio (coclear)			Dispositivo implantado con imán			Linx o dispositivo para reflujo gástrico									
Derivación de LCR con válvula programable			Bomba de insulina implantada			Bomba de difusión de fármacos implantada									
Expansor de tejido mamario			Implante de pene			Pinza de la arteria carótida (cuello)									
stents cardíacos			Cestas implantadas			Bobinas o filtros implantados									
Otros stents implantados			Clip de retina desprendida			Eye Spring									
de Pillcam GI (dentro de las 4 semanas)			Endoscopia (en los últimos 3 meses)			Colonoscopia (en los últimos 3 meses)									
Monitor de glucosa adjunto			Otros dispositivos en la superficie de la piel			Monitor de libertad condicional (debe eliminarse)									
Articulaciones artificiales o clavos ortopédicos			Audífonos (es necesario retirarlos)			Medicamentos o parches de nicotina									
Manga de compresión (soporte articular)			Tatuajes			Dentaduras postizas, parciales o aparatos ortopédicos									
Ropa deportiva resistente a los olores			Ropa que contiene metal			Joyas para perforaciones corporales									
Alerta de vida			Joyería permanente												

Cualquier otro dispositivo implantado			Si es así, por favor enumere:
Cualquiera que esté adherido actualmente a tu piel			Si es así, por favor enumere:
ATESTACIÓN			
Certifico que la información anterior es correcta. Lo mejor que sé. He leído y comprendido. el contenido de este formulario y Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la información de este formulario y el procedimiento de resonancia magnética al que me someteré.			
Firma de Paciente (o Responsable Fiesta):			Fecha: / /
Del entrevistador Nombre:		Tecnólogo nombre:	

¿Paciente verificado y tiempo de espera agotado? Sí No

MR803-F(S)-REV02-0525