Cuestionario para pacientes

Tomografía por resonancia magnética (MRI, MRT)

MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Muy estimado/a paciente

Dado que la tomografía por resonancia magnética se realiza en un fuerte campo magnético no debe llevar determinados metales dentro o en su cuerpo. Los aparatos controlados electrónicamente o las tarjetas con chip pueden ser inutilizadas o destruidas por el campo magnético.
Por este motivo debemos hacerle las siguientes preguntas, cuyo conocimiento y contestación nos debe confirmar en forma escrita.

¡Atención!
Antes de acceder a la sala del examen debe quitarse los siguientes objetos: reloj, joyas y bisutería, cartera, monedero, monedas, gafas, prótesis dental, audífono, pinza de pelo, horquillas y peluquines. Las tarjetas de crédito o bien todas las tarjetas con banda magnética serán borradas a raíz del fuerte campo magnético cuando entra en la sala del examen. Todos estos objetos pueden ser depositados en una caja de seguridad en el guardarropa.

Para el examen es importante quitarse toda la ropa menos la ropa interior, dado que diversos tejidos también pueden contener metales. ¡Las personas acompañantes que asimismo entran en la sala del examen asimismo deben tener en cuenta estos puntos!

Según la investigación prevista debe darse la necesidad de administrar un agente de contraste intravenoso para el examen MRI. Solo muy raras veces se observan efectos secundarios a los agentes de contraste empleados por nosotros.

Apellido(s):	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	

¿Lleva alguno de los siguientes objetos en o dentro de su cuerpo?	**Sí**	**No**
- ¿Marcapasos/desfibrilador?	☐	☐
- ¿Neuroestimulador?	☐	☐
- ¿Bomba de insulina/bomba de medicamentos o sensor de glucosa?	☐	☐
- ¿Implante coclear (implante del oído interno)?	☐	☐
- ¿Shunt ventrículo-peritoneal (VP-Shunt)?	☐	☐
- ¿Clip de aneurisma de arteria cerebral?	☐	☐
- ¿Audífono?	☐	☐
- ¿Prótesis dental removible?	☐	☐
- ¿Piercing/tatuaje?	☐	☐
¿Tuvo una herida por virutas metálicas o de bala?	☐	☐
¿Padece de una enfermedad renal o de una disfunción renal?	☐	☐
¿Padece de alergias? En caso afirmativo, ¿cuáles?	☐	☐
¿Alguna vez ha sido hospitalizado por una reacción alérgica grave?	☐	☐

Su talla: _____ cm **Su peso:** _____ kg

Preguntas para las pacientes	**Sí**	**No**
¿Está usted embaraza o podría estarlo?	☐	☐
En caso de un embarazo confirmado: ¿qué mes?		
¿Está amamantando actualmente?	☐	☐

Por supuesto puede preguntarnos en todo momento si tuviera alguna duda.

He entendido esta información, contestando concienzudamente todas las preguntas, y consiento a la realización del examen de MRI.

Fecha:	Firma:	VºBº MTRA: