

Formulario para detección por resonancia magnética (MRI) para pacientes - Parte A

INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA SERVICIOS DE MRI

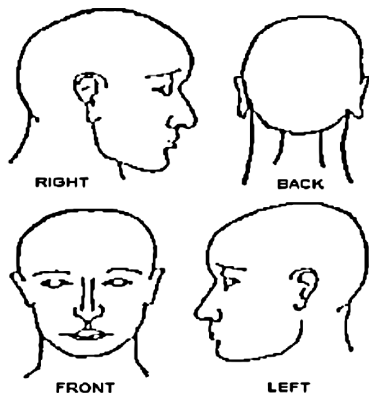
Fecha del examen: _____ Examen solicitado: _____
 Nombre del paciente: _____ Médico/Especialidad: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Diagnóstico: _____
 Peso declarado del paciente: _____ N.º de expediente médico: _____
 Nombre del centro: _____ Código postal del paciente: _____
Motivo del examen: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

La MRI NO PUEDE REALIZARSE si se responde "Sí" a las preguntas con tres asteriscos (***).
 Las preguntas con dos asteriscos (**) requieren una autorización firmada de contraindicación.
 Las preguntas con un solo asterisco (*) deben remitirse a un radiólogo.

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| *** Marcapasos o cables para marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | *Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| *** Cápsula para endoscopia de intestino delgado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | *Bomba de insulina | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| *** Neuroestimuladores implantados | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | *Vendaje de herida (por ejemplo, Acticoat 7) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| *** Desfibrilador cardíaco implantado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | *Implantes mamarios | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ** Embarazada/amamantando | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Asma | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Grapas para aneurismas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Ritmo cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| (Verifique y documente la seguridad o remita al radiólogo) | | | Electrodos externos/Neuroestimuladores (Decena-unidad) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Grapas para carótida | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Filtro o "paraguas" en la vena cava | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Válvulas cardíacas artificiales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alergias al látex | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Endoprótesis coronarias | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Antecedentes de cáncer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa a las dos preguntas anteriores, debe completar: | | | Implante metálico/Prótesis/Dispositivos ortopédicos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Fecha: _____ Marca: _____ | | | Audífono desmontable | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Modelo: _____ | | | Epilepsia (Ataques) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Historial de enfermedad hepática grave/transplante de hígado/ tranplante de hígado pendiente (sin contraste para pacientes en periodo perioperatorio a transplante de hígado.) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Poco cooperativo o desorientado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Hipertensión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Grapas/injertos/endoprótesis/reparación vascular | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | No puede mantenerse quieto | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Grapas quirúrgicas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Aparatos de ortodoncia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Bomba de infusión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Prótesis dentales desmontables | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Derivación programable | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Brillo/Maquillaje de ojos permanente | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Alergia a tinte intravenoso, mariscos, crustáceos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tatuajes y/o perforaciones en el cuerpo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Diálisis/Falla renal/Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Parches para piel con medicamento | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| * Ferropenia o anemia tratada con Feraheme | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | (de nitroglicerina, para dejar de fumar, para el dolor, anticonceptivos, etc.) | | |
| * Cuerpo metálico extraño | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Antecedentes marcados con un * o ** deben ser aprobados por el radiólogo/médico supervisor | | |
| (Heridas de bala, fragmentos metálicos en los ojos, cerclaje de retina, etc.) | | | Aprobado por: _____ | | |
| * Cirugía de oído o cerebro previa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha: _____ Hora: _____ | | |

Enumere las cirugías previas: _____

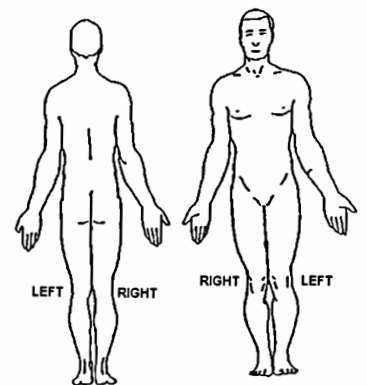


Marque la siguiente casilla si ya se realizó una tomografía previa similar a la parte del cuerpo que se examinará hoy.

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| MRI previa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| CT previa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| PET/PETCT previa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Radiografía previa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si la respuesta es afirmativa, especifique el área

Utilice las figuras para oscurecer las áreas afectadas por el dolor y/o entumecimiento.



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

Fecha: _____

He repasado esta información con el paciente o su tutor legal, poder legal, pariente, etc.

Firma del técnico: _____

Fecha: _____

Formulario de detección por resonancia magnética (MRI) para pacientes - Parte B

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha: _____

CONTRASTE

Su médico o radiólogo puede considerar necesario que usted reciba una inyección intravenosa con un agente de contraste que contiene gadolinio para mejorar la calidad de su examen por resonancia magnética. Aunque los agentes de contraste con gadolinio se han utilizado de manera segura en millones de pacientes, pueden ocurrir reacciones menores (especialmente dolor de cabeza o náuseas) y hasta graves o que pongan la vida en peligro.

He leído y entiendo la información anterior y han respondido a mis preguntas. Acepto que me realicen el procedimiento por resonancia magnética con una inyección de contraste si se considera necesario.

Antecedentes de reacciones previas Sí No

Si la respuesta es afirmativa, explique _____

Peso declarado del paciente _____

eGFR _____ (Intervalo: Bajo = 30 Alto = > 60)

Fecha: _____

Firma del paciente (Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o incapacitado) _____

Nombre del contraste _____

Cantidad _____

Lote N.º _____

Fecha de vencimiento _____

Lugar de la inyección _____

Dispositivo utilizado _____

Velocidad de admin. _____

Iniciales del técnico _____

Control posterior a la inyección: Hora: _____ ¿Ha cambiado la condición del paciente desde que se colocó la inyección? No _____ Sí _____ Si la respuesta es afirmativa, especifique el cambio: _____

¿Es alérgico a algún medicamento, a los mariscos o los crustáceos?

Sí No Si la respuesta es afirmativa, enumere:

1 _____ 4 _____
2 _____ 5 _____
3 _____ 6 _____

El paciente desconoce los medicamentos actuales.

El paciente no toma medicamentos.

Enumere los medicamentos que ha tomado el paciente hoy y todos los medicamentos que toma actualmente:

(Incluya los medicamentos de venta libre, ungüentos, a base de hierbas, vitaminas, anticonceptivos, etc.)

1 _____ 6 _____
2 _____ 7 _____
3 _____ 8 _____
4 _____ 9 _____
5 _____ 10 _____

Barreras de aprendizaje

Sí No

Tipo:

Intervención:

Idioma

Se utiliza intérprete

Audición

Repetir preguntas

Otro

Familia/cónyuge

Antes del alta, ¿se revisó al paciente y se encontraron problemas? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿se notificó al médico supervisor? Sí No

Si el paciente se rehúsa a ser revisado, notifique al médico supervisor y al personal de Alliance para que cumplan con la póliza N.º 5023.

Comentarios: _____

MODIFICACIONES MENORES A CARGO DEL RADIÓLOGO/MÉDICO Sí No

Orden del examen original modificada para: _____ Modificada por: _____ Fecha/Hora: _____

Firma del técnico: _____ Repetir el contenido Sí No Firma del médico: _____

Instrucciones posteriores a la inyección administrada (se aplica a todos los pacientes que reciben una inyección). Sí No

Se notificó al paciente de los derechos y la oportunidad de realizar preguntas o manifestar inquietudes. Sí No

Informe de transferencia otorgado al siguiente proveedor de atención. Si se aplica, se proporciona la lista de medicamentos. Sí No

Firma del entrevistador _____

Cargo: _____ Fecha: _____

Comentarios del técnico _____