

# Cuestionario de seguridad RMN

**La resonancia magnética utiliza un campo magnético intenso; Se requieren precauciones especiales para ingresar a la sala de examen. Complete este cuestionario antes de su examen y entréguelo al personal de servicio de RM.**

Apellidos : \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kg

Talla: \_\_\_\_\_ cm



### Implantes que sean sensibles al campo magnético :

estimulador cardíaco, desfibrilador, implante auditivo, bomba de insulina, dosificador de medicamentos, etc.

Si

No

1. ¿Se ha realizado con anterioridad una resonancia magnética (RMN) ?

2. ¿Tiene insuficiencia renal ?

3. ¿Está embarazada ?

4. ¿Tiene suturas con hilo metálico o grapas ?

5. ¿Tiene un cuerpo extraño metálico en los ojos?

6. ¿Tiene trozos de metralla u objetos metálicos en el cuerpo?

7. ¿ Es usted portador de alguno de los siguientes materiales :

==> Dispositivo cardíaco

Marcapasos ?\* Desfibrilador?\* Reveal?\* (subrayar lo que es apropiado)

==> Implante coclear\*

==> Neuroestimulador\*

==> Bomba de infusión de insulina ?

==> Sensor de glucosa en sangre Cardiac valve\*

==> Válvula cardíaca

\*Biológica ? \*Mecánica ? (subrayar lo que es apropiado)

Si

No

Fecha



**Retire todos los objetos metálicos antes de entrar en la sala del examen : teléfono móvil, piercing, reloj, joyas , ganchillos y pinzas para el pelo, llaves, monedas, tarjetas de crédito, etc.**

**\*Por favor envíenos los documentos relacionados con el material implantado.**

Si

No

Fecha

8. ¿Tiene un clip neuroquirúrgico para un aneurisma cerebral?

9. ¿Tiene una prótesis articular ?

10. ¿Le han operado alguna vez ?

En caso afirmativo, ¿ cuándo y de qué ? \_\_\_\_\_

11. ¿Tiene una prótesis de oído ?

12. ¿Tiene material de ortodoncia (implantes o dentadura postiza) ?

13. ¿Tiene parches o vendajes cutáneos (hormonas, nicotina) ?

Fecha :

Firma del paciente:

Firma del médico :