

# Wake Radiology UNC REX Healthcare

## Listado de seguridad en RMN

Los siguientes elementos no solo interfieren con un estudio de RMN, sino que también pueden ser peligrosos para la seguridad de un paciente. Por eso recomendamos a los pacientes revisar el listado de seguridad en RMN con el proveedor que lo deriva o usted mismo lo más pronto posible. **Si la respuesta a cualquiera de las preguntas sobre el listado de seguridad en RMN es Sí, llame al 919-782-7666 para que podamos programar una cita correctamente.** En algunas situaciones, podría ser necesaria una radiografía preliminar para confirmar si es seguro o no continuar con un examen de RMN. En estos casos, no se le cobrará al paciente la radiografía adicional.

### Tiene o alguna vez tuvo:

- |  |                             |                             |   |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Clip para aneurisma o cirugía vascular Cirugía cerebral?                                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 16. Extensiones postizas, peluca o pinza para el cabello  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Marcapasos? ¿De qué tipo? _____ ♥  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 17. ¿Perforaciones corporales (piercings), esmalte de uñas magnético, tatuajes o maquillaje permanente?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Desfibrilador cardíaco implantable?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 18. ¿Parches cutáneos medicados?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Cirugía cardíaca (p. ej., válvulas cardíacas, stents, etc.)?                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 19. ¿Reemplazo o implante articular?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Implante o dispositivo electrónico?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 20. ¿Clavo, tornillo, platina, entre otros, en hueso o articulación?                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Neuroestimulador o estimulador de la médula espinal,   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 21. ¿Dispositivo ortopédico o protésico?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Bomba de insulina u otra bomba de infusión.  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 22. ¿Cirugía de columna?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Stents, filtros, dispositivo intrauterino o shunts (derivaciones)                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 23. ¿Expansores de tejido (p. ej., senos)?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Cirugía o implante ocular, o delineador tatuado  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 24. ¿Antecedentes de cáncer Tipo: _____   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. ¿Cirugía auditiva, implantes cocleares u otro tipo de implantes?                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 25. ¿Está embarazada o amamantando actualmente? Último período menstrual: _____                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. ¿Lesión de bala o metralla?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 26. ¿Prótesis dental o audífonos removibles Quíteselos antes de ingresar a la sala de exploración por RM? |                             |                             |
| 12. ¿Lesión ocular relacionada con metal, astillas o virutas ¿Trabaja con metal o molienda?      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 27. ¿Alergias a fármacos: _____   |                             |                             |
| 13. ¿Cámara endoscópica en el intestino delgado  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Estudios por imágenes previos relacionados ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____                                   |                             |                             |
| 14. ¿Antecedentes de enfermedad/insuficiencia renal ¿Está siendo dializado en la actualidad?     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene algo en su cuerpo con lo que no nació? Informe al tecnólogo.                                       |                             |                             |
| 15. ¿Antecedentes de una reacción alérgica al contraste de RM o TC. (Encierre una en un círculo) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |   |                             |                             |

**Si respondió SÍ a cualquiera de estas preguntas, llame a Wake Radiology al 919-782-7666 antes de su cita**



### Preparación para los estudios de RMN/MRA/MRV

- MRI/MRA/MRV - No se requiere de preparación.
- MRCP - No debe comer ni beber nada después de la medianoche.
- RMN de Seno - La preparación es específica al paciente y las instrucciones las recibirá en el momento de programarla.
- RMN de pelvis/útero u ovarios - Coma algo pequeño antes del examen.
- Pelvis - Rectal: no comer ni beber 4 horas antes del examen
- Enterografía (MRI Abdomen / Pelvis): no ingerir alimentos ni bebidas después de la medianoche. Los pacientes deben llegar 1 hora antes del examen programado para beber contraste oral en nuestra oficina.



**Recordatorio de marcapasos** - Medtronic Revo y Advisea MRI Pacing Systems, así como Biotronik Pro MRI Eluna y Entovis, son los únicos marcapasos condicionales de IRM que Wake Radiology aprueba para escanear. Verifique el dispositivo y los cables en su tarjeta de identificación del marcapasos. Si está programado para un examen de MRI, MRA o MRV y no está seguro acerca de su dispositivo, llame a nuestra oficina al 919-782-7666.