

Wake Radiology

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. ¿Marcapasos?
Si la respuesta es sí, Fabricante _____ ♥ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 13. ¿Actualmente usa peluca, postizo, broches para el
cabello, esmalte de uña magnético o perforación corporal?
(Marque todas las opciones que corresponden) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Cirugía de corazón o reemplazo de válvula cardiaca? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 14. ¿Actualmente usa parche cutáneo o
parche adhesivo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Cirugía cerebral? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 15. ¿Cirugía dentro de las últimas ocho semanas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Aneurisma o cirugía vascular (vasos sanguíneos)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 16. ¿Usa alguna prótesis dental removible o
audífono? (Debe quitárselo antes de realizarse la RMN) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Neuroestimuladores eléctricos o implantados, bombas,
electrodos, cables, filtros, drenajes, derivaciones, tubos,
ganchos, tornillos, implantes o prótesis? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 17. ¿Cirugía de columna? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Cirugía ocular o delineador de ojos permanente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 18. ¿Extensores de tejido mamario? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Cirugía de oído o implantes de oídos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 19. ¿Diagnosticado con cáncer o una enfermedad importante? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Herida de bala o metralla? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 20. Si es mujer, ¿es posible que esté EMBARAZADA o
esté amamantando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Lesión en el ojo producida por objetos metálicos, astillas
o virutas? ¿Trabaja con metal o molienda? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 21. ¿Alérgico a alguna droga conocida? Si la respuesta es sí,
tipo _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. ¿Endoscopia por cápsula del intestino delgado con ingestión
cámara pequeña? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 22. ¿Algún estudio previo de RMN o TC relacionada?
Si la respuesta es sí,
• ¿Dónde? _____
• ¿Cuándo? _____
• Altura _____ Peso _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. ¿Historial de falla o enfermedad renal? Si la respuesta es sí,
¿actualmente está en diálisis? Sí / No (Marque una opción con un círculo) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 12. ¿Historial de alguna reacción alérgica al contraste de RMN o
contraste de TC? (Marque todas las opciones que corresponden) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |

**Si respondió que Sí a alguna 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.



Recordatorio de marcapasos - Los sistemas de marcapasos para RMN Medtronic Revo y Advia son los únicos marcapasos seguros para utilizar en procedimientos de RMN bajo condiciones de RMN específicas.

Verifique el dispositivo y si los cables de la tarjeta de identificación de su marcapasos son SureScan Technology. Si tiene que programar un examen de RMN, MRA o MRV y no tiene SureScan Technology, llame a nuestra oficina al 919-782-7666. No hay ningún otro marcapasos actualmente aprobado por la FDA para un examen de RMN.



Recordatorio de sedación - Nuestros radiólogos son los únicos capaces de proporcionar una sedación IV, ya sea que esté programada por adelantado o en el momento, para pacientes que tienen dudas, ansiedad o claustrofobia. Si la sedación es requerida, venga a la cita con una persona que luego lo lleve de regreso a casa. Los conductores deben permanecer en el establecimiento mientras dure el estudio de RMN.