

# Resonancia Magnética

## Encuesta de seguridad y consentimiento informado

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

RUT: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

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

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

Estatura: \_\_\_\_\_

El examen que se realizará es un estudio imagenológico de alta complejidad. Esta técnica usa campos magnéticos y señales de radiofrecuencia para observar el detalle anatómico de la estructura a estudiar.

El procedimiento no causa daño ni dolor, pero sí puede causar calor, ruidos y claustrofobia, sin embargo, estaremos observándolo en todo momento.

Algunos metales o dispositivos no son compatibles con el campo magnético, por eso, es muy importante que nos indique si es portador de alguno, como prótesis, clips, suturas metálicas quirúrgicas, virutas metálicas, implantes cocleares, marcapasos u operaciones.

### **¿Cómo debe prepararse?**

Acuda sin maquillaje ni pintura de uñas y con el pelo completamente seco. La ropa debe ser fácil de quitar y poner y su ropa interior no debe contener fibras de cobre.

Necesita 4 horas de ayunas para estudios con contraste.

Si su examen es una COLANGIORESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR, no debe ingerir líquidos durante las 6 horas previas al examen.

Para las embarazadas, no existe evidencia que la exposición al campo magnético produzca daño al feto ni a la gestante, sin embargo, es importante avisar el tiempo de gestación.

### **Administración de contraste**

En algunos casos es necesario administrar contraste para obtener mayor información de su patología.

Los medios de contraste se administran de forma segura en millones de pacientes, estos en muy pocas ocasiones pueden producir alguna reacción adversa, como dolor de cabeza o mareos, su uso está contraindicado para aquellos pacientes con insuficiencia renal, por ello, es importante que nos haga saber si usted es mayor de 60 años, presenta algún problema renal (monorreno, operado de los riñones, insuficiencia renal), tiene historial de enfermedad hepática, si es un paciente oncológico o es diabético, así a través de una prueba sencilla mediremos su función renal.

Una vez terminado el examen podrá volver a hacer su vida normal.

Ante cualquier duda o consulta llámenos al 722344945, Servicio de Resonancia Magnética Nuclear.

<b>Conteste de forma precisa</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Se ha realizado antes algún examen de Resonancia Magnética?		
¿Usted sufre de claustrofobia?		
¿Tiene alguna enfermedad importante? ¿Cuál?		
¿Usa marcapasos, desfibriladores internos, electrodo cardiaco o cerebral?		
¿Tiene catéter Swanz Ganz (catéter cardiaco)?		
¿Es portador de clips aneurismático?		
¿Tiene prótesis de oídos?		
¿Es portador de algún dispositivo o implante? (Ej. Audífonos, implantes cocleares, implantes peneanos, reservorios de quimioterapia) Indique cual y el año: _____		
¿Tiene Stents o válvulas cardíacas?		
¿Tiene objetos metálicos o esquirlas en su cuerpo, balas o perdigones?		
¿Tiene tatuajes, pircings, maquillaje permanente o parches cutáneos?		
¿Tiene grapas de cirugías recientes?		
¿Usa prótesis dentales?		
¿Ha sido operado? ¿De qué?		
¿Tiene problemas renales? Cuál?		
¿Padece alguna enfermedad hepática o será transplantado de hígado?		
¿Padece diabetes?		
¿Es alérgico o asmático?		
¿Usted está embarazada o amamanta?		
¿Cuál es su ocupación?		
¿Por qué se debe realizar este examen? Explique sus síntomas o molestias:		
¿Se ha hecho exámenes anteriores? Especifique.		

Estoy al tanto de la información recibida, la comprendo y autorizo la administración de contraste endovenoso en caso de ser necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente

\_\_\_\_\_  
Firma profesional  
Fecha de examen:  
Creatinina y TFG: