

## REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

### DATOS DEL PACIENTE, O FAMILIAR (REPRESENTANTE LEGAL) SI PROCEDE

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXAMEN REQUERIDO: \_\_\_\_\_

Estimado Señor/a:

El examen de resonancia Magnética es un examen absolutamente inocuo y no invasivo.

El examen se efectúa sin utilizar rayos X, pero se utiliza un fuerte campo magnético y ondas de radiofrecuencia parecidas a las de transmisiones televisivas.

Durante la ejecución del examen oirá un ruido rítmico debido al funcionamiento normal del aparato. Deberá mantener el mayor grado de inmovilidad posible mientras esté en la camilla, para poder conseguir la adquisición de imágenes diagnósticas de la mayor calidad.

En algunos casos puede ser necesaria la administración de un medio de contraste paramagnético; esta administración es inocua y no están descritos casos de reacción alérgica o intolerancias. En todos los casos es indispensable el consentimiento explícito del paciente.

Puede ser llamado, una vez finalizado el examen, para hablar con el radiólogo o para completar el estudio; no debe alarmarse, generalmente es solo para mejor valoración de su problema. El personal de Clínica Parejo y Cañero estará a su total disposición para cualquier consulta o duda que pueda surgir con posterioridad al examen.

Ya, por último, le rogamos rellene el siguiente cuestionario antes de proceder con la prueba médica.

**FIRMA PACIENTE**



## CUESTIONARIO PREMILINAR A LA EJECUCIÓN DEL EXAMEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA

¿Sufre claustrofobia? \_\_\_\_\_ SI  NO

¿Ha tenido alguna vez accidentes graves de tráfico? \_\_\_\_\_ SI  NO

¿Actualmente está en estado grave de salud? \_\_\_\_\_ SI  NO

¿Recientemente ha sido intervenido quirúrgicamente? \_\_\_\_\_ SI  NO

Si la respuesta anterior es positiva, anote en qué parte del cuerpo:

Es usted portador de:

- ¿Prótesis o fragmentos metálicos? \_\_\_\_\_ SI  NO
- ¿Marca-pasos cardiacos u otros tipos de catéteres cardiacos? \_ SI  NO
- ¿Clips cobre aneurismas (vasos sanguíneos), aorta, cerebro? \_\_ SI  NO
- ¿Correctores de la columna vertebral? \_\_\_\_\_ SI  NO
- ¿Bomba de infusión para insulina u otros fármacos? \_\_\_\_\_ SI  NO
- ¿Cuerpos extraños en la oreja o implantes en el oído? \_\_\_\_\_ SI  NO
- ¿Neuroestimuladores, electrodos implantados en el cerebro? \_ SI  NO
- ¿Prótesis metálicas, tornillos, fijadores, etc.? \_\_\_\_\_ SI  NO
- ¿Prótesis dental fija o móvil? \_\_\_\_\_ SI  NO
- ¿D.I.U.? \_\_\_\_\_ SI  NO

PARA EFECTUAR EL EXAMEN RECUERDE NO LLEVAR ENCIMA:

-Lentes de contacto, teléfonos móviles, aparatos para el oído, tarjetas de crédito u otras tarjetas magnéticas, relojes, etc.

FECHA:

FIRMA PACIENTE

