

RMN- FR-01
Elaboración: 1/12/2009
Versión 01

IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL LLANO S.A
EVALUACIÓN DEL PACIENTE PARA RESONANCIA
MAGNÉTICA NUCLEAR.



FECHA: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

Cédula Número: _____ Sexo: Masculino / Femenino
Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Edad: _____ Años / Meses/ Días
Peso: _____ Dirección: _____
Telefono: _____ Entidad que remite: _____
Exámen Solicitado: _____ Requiere medio de contraste: S I / NO
BUN: _____ CREATININA: _____ Nefroprotección: SI/ NO
Marque con una X los estudios que le hayan realizado anteriormente y la fecha en que fueron realizados:

Tipo de Estudio	S I / NO	Fecha de Realización: Día/ Mes / Año
Radiografías		
Tomografías (TAC)		
Ecografías		
Gamagrafía		
Resonancia Magnética		

Otros ? Cuales? _____
Le han practicado Cirugías? SI / NO Es alérgico a algún medicamento: Si / No Cúal?: _____
Qué tipo de Cirugía: Describalas: _____

Escriba por que el médico le solicita este exámen: _____

Enuncie las enfermedades que padece, como Hipertensión, Diabetes , alergias , Colesterol, enfermedades del corazón, Otras: _____

Sufre o ha Sufrido de Claustrofobia? Siente miedo a los espacios cerrados? SI / NO
Los siguientes dispositivos o elementos Interfieren con la Resonancia Magnética y en algunos casos pueden ser potencialmente peligrosos. Por favor escriba si o no según su caso específico:

Tiene Marcapasos cardiaco o filtros de vena cava/ Sten cardiaco	SI	NO
Le han colocado ganchos para Aneurismas	SI	NO
Tiene Neuroestimulador	SI	NO
Tiene Audífonos	SI	NO
Le han colocado implante Coclear	SI	NO
Le han colocado Ganchos Quirúrgicos	SI	NO
Tiene Balas o Perdigones Incrustados	SI	NO
Le han colocado Calzas Metálicas, Prótesis dentales Fijas, Prótesis dentales removibles	SI	NO
Tiene Dispositivo Intrauterino	SI	NO
Tiene elementos o dispositivos de Ortopedia en su cuerpo tales como Prótesis,Clavos, Tornillos, platinos	SI	NO

Le solicitamos el favor de informar inmediatamente al tecnologo en el caso de tener alguno de estos dispositivos.
Además le agradecemos que se retire todos los objetos metálicos y electrónicos que tenga antes de ingresar a la sala de Resonancia Magnética.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

RESONANCIA MAGNETICA

a. Identificación y descripción del Procedimiento

Es una técnica de Diagnóstico por Imagen que combina la acción de un campo magnético creado por un imán con una aplicación de ondas de radiofrecuencia y un ordenador potente para obtener imágenes de gran sensibilidad en todos los planos del espacio de las estructuras internas del cuerpo.

En el interior de la maquina un potente imán crea un campo magnético alrededor del paciente.

El equipo en su aspecto externo, es similar al de Tomografía Computarizada (TAC). El paciente se coloca en la mesa que se introduce en un Túnel dentro del escaner; en caso de requerir de la aplicación de un medio de contraste se canaliza previamente una via intravenosa.

b. Objetivo del Procedimiento y beneficios

El objetivo principal es obtener información en los diferentes planos del espacio de las estructuras del organismo y la obtención de datos funcionales no posibles por otros métodos de imagen.

Los beneficios del estudio estan relacionados a la no irradiación del paciente puesto que no se utilizan rayos X, aportando excelente información acerca de alteraciones funcionales en los sistemas.

c. Alternativas al Procedimiento

Dentro del Diagnóstico por imagen existen, multiples alternativas como radiografias, ecografia, doppler, estudios vasculares, Tomografía y Resonancia magnética. Cada una tiene sus indicaciones concretas y la calidad de la información que ofrecen las determina el médico tratante.

d. Consecuencias de su no realización

Pérdida de información diagnóstica decisiva para su diagnóstico y/o tratamiento.

e. Riesgos

Puesto que el paciente queda incluido en un potente campo magnético debe haber especiales precauciones con todo lo que signifique elementos metálicos y electrónicos, en este sentido se debe avisar inmediatamente la presencia de marcapasos, clavos, esquirlas, implantes óseos y grapas quirúrgicas.

g. Declaración de Consentimiento

Yo: _____, identificado con cédula número _____

con domicilio en la Ciudad de _____.

Declaro:

1. Que el personal de Imágenes Diagnósticas del llano S.A , me han explicado que es conveniente/ necesario en mi situación, la realización de Resonancia de: _____

2. Que he tenido la posibilidad de negarme a que se me realice el estudio de RMN ahora como en cualquier momento durante su realización siendo mi consentimiento absoluto y totalmente revocable.

3. Que he leído esta autorización y consentimiento, y que todas mis dudas acerca del procedimiento han sido aclaradas antes de firmar, que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto.

Fecha: Dia: ____ Mes: ____ Año: ____

Firma del Paciente

CC

Nombre y firma (Representante Legal, familiar, acudiente)

CC