

MRI - Parte A

Algunos factores como el peso, la complexión del paciente y el tipo de examen pueden determinar si se puede realizar el examen.

Estatura: _____ Peso: _____ lb/kg

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

La seguridad del paciente es nuestra principal preocupación. La sala de imagen por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) contiene un imán muy potente y SIEMPRE está encendido. Antes de que se le permita entrar a la sala de MRI debemos saber si tiene algún metal dentro o sobre el cuerpo. DEBE quitarse todos los objetos metálicos, incluido el teléfono celular, las llaves, los relojes, los pasadores para el cabello, las navajas de bolsillo, los encendedores, las tarjetas de crédito, los bolsos, las carteras, la joyería, etc. Los aparatos auditivos se deben quitar inmediatamente antes de entrar a la sala de MRI. Si no retira dichos artículos, es posible que se dañen seriamente o que provoquen lesiones a otras personas o a usted mismo. Responda con cuidado las siguientes preguntas.

¿Se sometió a algún procedimiento médico o dental con sedación en las últimas 24 horas? Sí No

***Dispositivo de inyección de medicamentos (OnPro). Sí No

***Cápsula para endoscopia del intestino delgado Sí No

***Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo (LVAD) (bomba cardíaca)..... Sí No

***Implantes mamarios..... Sí No

**Marcapasos o cables de marcapasos Sí No

**Desfibrilador cardíaco implantado Sí No (anterior o actual)

**Embarazo Sí No

Último periodo menstrual _____

*Neuroestimulador implantado Sí No

*Válvulas cardíacas artificiales/ endoprótesis coronarias Sí No

Fecha: _____ Marca: _____

Modelo: _____

*Grapas quirúrgicas o vasculares/injertos/ endoprótesis Sí No

Tipo: _____

*Grapas para aneurismas Sí No

*Colonoscopia o procedimiento del sistema digestivo que implique grapas quirúrgicas reciente..... Sí No

*Bomba para medicamentos..... Sí No

*Unidad de neuroestimulación ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA (TENS) externa Sí No

*Cuerpo metálico extraño (heridas de bala, cerclaje de retina, etc.) Sí No

*Lesión ocular con metal Sí No

*Cirugía de oído, ojos o cerebro previa Sí No

*Catéter, sonda de drenaje, monitor de temperatura..... Sí No

Aparatos auditivos..... Sí No

Ropa de tela Dri Weave, Dri Fit o de tejidos que absorben la humedad..... Sí No

Parches para piel con medicamento Sí No

Antecedentes de cáncer..... Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____

Reemplazos o implantes de articulaciones..... Sí No

Dispositivos ortopédicos o prostéticos Sí No

Filtro en forma de paraguas en la vena cava Sí No

Extensiones de cabello/cabello postizo/peluca Sí No

Aparatos de ortodoncia, resortes bucales, prótesis dentales removibles Sí No

Brillo/maquillaje de ojos permanente..... Sí No

Cualquier cosa sostenida con imanes o pasadores..... Sí No

Tatuajes o perforaciones en el cuerpo..... Sí No

Claustrofóbico Sí No

Ferropenia tratada con Feraheme..... Sí No

Antecedentes de epilepsia (ataques) Sí No

Antecedentes de diarrea en los últimos 2 a 3 días Sí No

Alguna caída en los últimos 30 días..... Sí No

Si la respuesta es sí, cuándo: _____

¿Tiene algo en su cuerpo con lo que no haya nacido?

Sí No Si no se encuentra en la lista anterior, notifíquelo al técnico.

¿Tomó algún medicamento antes de este examen? Sí No

¿Cuenta con un conductor? N/A .. Sí No

¿Algún otro estudio con imágenes previo relacionado con el motivo del examen de hoy? Sí No

Tipo de examen _____

Centro _____

Fecha _____

Leí la información anterior, contesté las preguntas de la evaluación de seguridad correctamente y entiendo que DEBO QUITARME TODO EL METAL antes de mi examen de MRI..... Sí No

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado)

Parentesco: _____

MRI CANNOT be performed if "Yes" is answered to triple asterisk (***) questions. Double asterisk (**) require a signed informed consent. Single asterisk (*) may require further discussion between the Radiologist & Technologist. Document any verbal approvals/instructions on Part B.

I have reviewed each response with the patient or their legal guardian, power of attorney, next of kin, etc. and PERFORMED CLINICAL PAUSE #1.

Technologist's Signature: _____ Date: _____

Medical Record # / Accession #: _____
 Referring Physician: _____
 Exam Ordered - MRI of: _____
 Diagnosis: _____
 Facility Name: _____

Last Name _____
First Name _____
Date of Birth _____ Date _____

Reason for Exam/Clinical Symptoms: _____

II Clinical Pause #1: Correct Patient Correct Procedure Correct Body Part Lowest SAR Utilized
 Reviewed Referring Physician Order Correct Positioning Tech Initials _____

Patient's preferred language for discussing healthcare: English Spanish Other _____

Allergies to any medications, food, or latex? Yes No Please List: _____

List all current medications including all prescriptions, over the counter items, ointments, vitamins, and herbals. Attach list if available.

Check the box for any medications taken today.

_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

Patient unaware of current medications Patient not on any medications Medication list attached (includes name & DOB)

Will the patient receive an IV injection? Yes No

If yes, attachment A054 must be completed and signed.

Injection site evaluated? Yes No N/A **Note appearance:** _____

Post Injection Instructions given
 (applicable to all patients who receive an injection)..... Yes No N/A

Barriers to Learning Yes No

Type:	Interventions:
<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Interpreter ID# _____
<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Repeat Questions
<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Family/Significant Other

RECEIPT OF VERBAL ORDERS, TEST RESULTS, MODIFICATIONS, OR OTHER INSTRUCTIONS Yes No

Information Received: _____

Readback confirmed with _____ Title _____ Date _____ Time _____

Technologist Signature _____ Date _____ Time _____

Radiologist Signature _____ Date _____ Time _____

Patient was encouraged to "Speak Up" with questions or concerns..... Yes No

Patient received ear protection. Yes No If no, complete release form A030.

II Clinical Pause #2 conducted prior to image transfer (Correct labeling, annotation and image quality)? Yes No Tech Initials _____

Prior to release, patient was assessed and found impaired? Yes No If yes, supervising physician notified? Yes No

If patient refuses further assessment, notify supervising physician and team member to follow policy #5023.

Tech Comments: _____

Team Member Signature and Title: _____

FIRMA DEL PACIENTE SOLO DESPUÉS DE FINALIZAR EL EXAMEN.

Recuperé todos mis objetos personales después de finalizar el examen. Sí No N/A

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas e invitaciones para encuestas. Sí No N/A
(Es posible que se apliquen tarifas de datos dependiendo de su operador de telefonía celular).

Mi método preferido de comunicación y para recibir encuestas es: Mensaje de texto Correo electrónico Tableta

N.º de teléfono celular: (_____) _____ **Correo electrónico:** _____

Recibí una copia de los términos y las condiciones de comunicación electrónica.

Sí No N/A **Firma del paciente** _____