

MRI vragenlijst Spaans

Cuestionario para IRM

Para realizar un estudio con imágenes por resonancia magnética (IRM), deben tomarse precauciones (estrictas).

A causa del campo magnético, normalmente **no es posible** realizar este estudio a personas con: **un marcapasos o un DCI, un implante coclear, un estimulador nervioso/neuroestimulador interno o un expansor de tejidos.**

Por favor, responda a las siguientes preguntas en su hogar a la mayor brevedad posible. Si marca «sí» una o más veces a las preguntas 1 a 12, llame al departamento de Radiología lo antes posible, al tel. (078) 654 71 90. Asimismo, en caso de duda, llame a la policlínica de Radiología; puede hacerlo de lunes a viernes, entre las 08:00 y las 16:30. Podría ser necesario tomar medidas de precaución adicionales o aplazar el estudio.

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | ¿Tiene una válvula cardíaca artificial? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 2. | ¿Lleva o ha llevado alguna vez un marcapasos, un DCI o un Holter (ILR)? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 3. | ¿Le han puesto clips o stents en los vasos sanguíneos alguna vez? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 4. | ¿Tiene un estimulador nervioso/neuroestimulador? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 5. | ¿Tiene un expansor de tejidos? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 6. | ¿Tiene una bomba de insulina u otro tipo de bomba dentro de / sobre su cuerpo? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| | ¿Tiene un medidor de glucosa (parche)? | | |
| 7. | ¿Tiene una lente artificial que contenga clips metálicos? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 8. | ¿Tiene un implante coclear? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 9. | ¿Tiene implantes magnéticos en la mandíbula? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 10. | ¿Está embarazada o cree que podría estarlo? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 11. ¿Tiene o ha tenido alguna vez virutas metálicas en el ojo? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 12. ¿Trabaja (o ha trabajado) en la industria metalúrgica? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 13. ¿Tiene materiales metálicos o plásticos en su cuerpo,
p. ej. una prótesis? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 14. ¿Se ha sometido a alguna operación? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 15. ¿Lleva una prótesis auditiva? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 16. ¿Tiene algún tatuaje? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 17. ¿Tiene algún piercing? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 18. ¿Tiene un parche medicinal? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 19. ¿Utiliza pomada (de óxido) de zinc? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

Su nombre: _____

Su fecha de nacimiento: _____

Su peso: _____ kg y su altura: _____ m

Lleve el cuestionario cumplimentado a su próxima cita.