

MRI - Parte A

Algunos factores como el peso, la complejidad 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.

- He leído y entiendo la información anterior y me he quitado todo el metal Sí No
- ¿Se sometió a algún procedimiento médico o dental con sedación en las últimas 24 horas? Sí No
- ***Cápsula para endoscopia del intestino delgado .. Sí No
- ***Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo (LVAD) (bomba cardiaca) Sí No
- ***Implantes mamarios Sí No
- **Marcapasos o cables de marcapasos Sí No
- **Desfibrilador cardiaco implantado Sí No (anterior o actual)
- **Embarazo Sí No
Último periodo menstrual _____
- *Neuroestimulador implantado Sí No
- *Válvulas cardiacas 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

Mencione todas las cirugías anteriores y sus fechas:

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

Respondí las preguntas anteriores con precisión.
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: _____
Revised January, 2019 Attachment A007

MRI - Part B

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: _____

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.
 _____ _____ _____ _____
 _____ _____ _____ _____

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: Language Hearing Other _____
Interventions: Interpreter ID# _____
 Repeat Questions 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.

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** _____