

Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York – Programa de Investigación de MRI

Cuestionario de detección de metal para la seguridad

SUJETO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PESO	FECHA

Los siguientes elementos pueden hacer **que no sea seguro** que se someta a una Resonancia Magnética (RM). Indique si tiene alguna de las siguientes opciones marcando Sí o No:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clips de aneurisma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Acceso Vascular |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marcapasos cardiaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Semillas o Implantes de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desfibrilador Impalntado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Catéter de Termodilución |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante Electronico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parche de Medicación |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante de activacion Magnetico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Derivación (espinal o intraventricular) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sistema Neuroestimulador | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No fragmento metálico o objeto extraño |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estimulador de la Medula Espinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante de malla de alambre |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Electrodoos o Alambres internos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Expansor de tejido (p.ej. pecho) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estimulador para Crecimiento de hueso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grapas, clips o suturas quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante en Oreja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bombia de insulina o Transfusión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Perno de hueso / unión, tornillo, alambre, placa |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implante de Infusión de Medicina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No DIU, diafragma o pesario |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier Prosthesis (ojo, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dentaduras o placas parciales |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvula del Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tatuaje o maquillaje permanente |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resortes Palpebrales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No joyas que perforan el cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidad Protésica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Audífono de oreja |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Stent Bobina o Filtro Metálico, | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro implante_____ |

Verifique si alguno de los siguientes es aplicable:

- ¿Estás trabajando actualmente, o has trabajado alguna vez como maquinista, trabajador del metal o en cualquier profesión de uso (por ejemplo artísticamente) de metal? Sí No
- Cualquier lesión en el ojo que involucre un objeto o fragmento metálico (limaduras metálicas, etc.) Sí No
- Cualquier lesión corporal por un objeto metálico o cuerpo extraño (metralla, limaduras de metal, bala, etc.) Sí No
- Problemas de respiración o trastornos de movimiento Sí No
- Claustrofobia o incomodidad en espacios reducidos Sí No
- Estás embarazada actualmente? Si no, indique la fecha del último período menstrual ___/___/___ N/A Sí No

IMPORTANTE

Antes de entrar en el entorno MR o en la sala del sistema MR, debe eliminar todos los objetos metálicos, incluidos: audífonos, prótesis dentales, placas parciales, llaves, teléfonos celulares, anteojos, horquillas, pasadores, TODAS las joyas, piercings corporales, relojes, imperdibles, sujetapapeles, sujetadores de dinero, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, tarjetas de banda magnética, monedas, plumas, navajas de bolsillo, cortaúñas, herramientas y ropa con hilos metálicos.

El sujeto ha sido revisado con detector de metales de mano : Sí No

Si se detectó metal, indique las medidas tomadas: _____

Si corresponde, autorización médica de implante compatible con MRI proporcionada: N/A Sí No

Al firmar a continuación, certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender. He leído y entiendo el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la información en este formulario y con respecto al procedimiento MR que estoy a punto de realizar.

FIRMA DE PARTICIPANTE _____ FECHA ___/___/___

PERSONAL DE INVESTIGACIÓN _____ FECHA __/__/__

TECNÓLOGO RM _____ FECHA __/__/__