

CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD. ENTERO RESONANCIA MAGNETICA

INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA.

¿En qué consiste? Se trata de una prueba diagnóstica indolora que permite visualizar el interior de una zona del cuerpo (cráneo, tórax, abdomen, huesos, etc...) utilizando un potente campo magnético.

Esta técnica obtiene las imágenes estimulando el organismo por la acción de un imán potente produciendo un campo electromagnético y emitiendo ondas de radiofrecuencia. En algunos casos, para delimitar mejor las estructuras del cuerpo es necesario administrar un contraste intravenoso paramagnético.

¿Cómo se realiza? El paciente permanecerá tumbado sobre una camilla que se introduce en la unidad de resonancia donde se genera el campo magnético.

La duración de la prueba es de aproximadamente 30 minutos y exige que el paciente permanezca muy quieto durante toda la prueba ya que las tomas de imágenes son largas (3 a 8 minutos cada secuencia), si el paciente se mueve durante la prueba las imágenes no son diagnósticas. El paciente está en todo momento comunicado con el técnico que realiza la prueba.

¿Qué molestias puede provocar? La resonancia magnética es indolora y no es invasiva. A diferencia de otras técnicas diagnósticas, no emite radiaciones ionizantes.

La principal molestia, puede provenir por la forma del tubo del equipo de resonancia magnética, que puede resultar no tolerable para las personas que sufren claustrofobia. Si es su caso, por favor, comuníquese al técnico que le atenderá. Durante las secuencias de adquisición de imagen el equipo genera un ruido intenso, que se puede atenuar con algodones o protectores auriculares.

Debe dejar todos los objetos metálicos, y las tarjetas con banda magnética, fuera de la sala (cabina).

No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.

RELLENAR POR EL PERSONAL DE RESONA.

Conteste Si o No al siguiente cuestionario

He confirmado el nombre con la paciente.	
He confirmado el estudio que hay que realizar al paciente.	
He confirmado la lateralidad del estudio con el paciente (escribir derecha o izquierda).	
He puesto contraste.	

OBSERVACIONES:

Nombre y firma del TER.

PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web www.resona.es

PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS

RESONANCIA MAGNETICA

Este centro garantiza la seguridad y la confidencialidad de sus datos de carácter personal y medico sanitarios recogidos durante su estancia. El resultado de las pruebas efectuadas sólo puede ser entregado al paciente o a una persona expresamente autorizada por éste. Para la recogida de las pruebas es imprescindible aportar este documento.

DATOS DE LA RECOGIDA DE PRUEBAS.

Lugar: C/ Españoleto Nº 24 (Entrega).

Horario: De lunes a viernes de **11 a 14 y de 17 a 20 h.**

TLF.- 91 3084088

Consulta de resultados resona.resultados@resona.es

Visite nuestra WEB: www.resona.es

ENTERO RESONANCIA MAGNETICA

INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA.

- ¿Por qué motivo le piden la prueba? _____
- _____
- ¿Está operado/a? ____ En caso afirmativo ¿De qué? _____
- _____
- ¿Es usted alérgico a alguna sustancia? _____. En caso afirmativo indíquenos a cuál. _____
- ¿Ha tenido usted algún episodio previo de reacción severa a un medio de contraste? ____ ¿Sufre insuficiencia renal? ____
- ¿Tiene usted alguna enfermedad conocida (cardíaca, hepática, renal, cerebral, oftalmológica, etc...)? ____ En caso afirmativo. ¿Cuál? _____
- _____
- ¿Tiene alguna enfermedad de adrenales/suprarrenales, páncreas o feocromocitoma? _____
- ¿Está o puede estar embarazada? _____. En caso afirmativo debe usted saber que la prueba está contraindicada en su estado, por lo que ha de comunicarlo al personal de esta clínica y consultar posibles alternativas con su médico.

EN RESONANCIA MAGNÉTICA ALGUNOS OBJETOS METÁLICOS Y DISPOSITIVOS PODRÍAN SUPONER UNA PARCIAL O ABSOLUTA CONTRAINDICACIÓN PARA REALIZARLE LA EXPLORACIÓN SOLICITADA, ES POR ELLO DEBE LEER ATENTAMENTE ESTA ENCUESTA Y CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS, SI NECESITA AYUDA CONSULTE CON NUESTRO PERSONAL ESPECIALIZADO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.

C.S. ENTERO RESONANCIA MAGNETICA Ed. ABR - 2022

Si tiene algo de lo que se indica a continuación dígaselo al técnico antes de realizarse la prueba: DIU, dentadura postiza, audífonos, piercing, tatuajes, prótesis, tornillos, placas metálicas o restos de metralla, o cualquier objeto metálico.

CONTRAINDICACIÓN FORMAL PARA LA PRUEBA:

Conteste Si ó No al siguiente cuestionario

¿Es usted portador de marcapasos, desfibrilador o dispositivo cardíaco?	
¿Lleva prótesis o válvulas cardíacas, sten, by-pass o similar?	
¿En caso afirmativo? ¿Desde cuándo? _____	
¿Lleva clips quirúrgicos intracraneales?	
¿Está operado de aneurisma cerebral?	
¿Lleva usted bomba de infusión de insulina, morfina o cualquier otro medicamento?	
¿Tiene algún cuerpo metálico extraño en los ojos?	
¿Lleva usted algún tipo de electroestimulador, (electroestimuladores de la medula espinal, electrodos epidurales o cualquier otro neuroestimuladores)?	
¿Lleva implantes cocleares (prótesis internas de oído)?	
¿Lleva válvula de derivación?	
¿Lleva expansores mamarios (no prótesis)?	
¿Lleva algún otro dispositivo electrónico no mencionado en las preguntas precedentes?	

CHECK-LIST FIRMA TER

En caso de contestar afirmativamente a alguna de las preguntas, comuníquese al personal de RM

Usted se va a realizar una Entero-RM, por lo que el/la radiólogo/a necesita recabar más información para la realización del informe radiológico, por lo que en la página 3 figuran más preguntas que deberá contestar.

Instrucciones para la recogida de la prueba

Si acude el **propio paciente**, deberá presentar su DNI para poder retirar los resultados. Si es **persona distinta del paciente**, deberá ser autorizada por el paciente expresamente. Para ello cumplimentará el documento de autorización que se acompaña y lo firmará.

La persona autorizada a la hora de recoger la prueba presentará la autorización y su DNI junto con una copia del DNI del paciente, y firmará esta hoja, señalando la fecha de la entrega. Si el **paciente es menor o incapaz**, sólo se entregarán los resultados a la persona que a la fecha de realizarse las pruebas se consigne como "representante del menor o incapaz" que deberá presentar su DNI para retirarlos.

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.

D./D^a _____ con DNI _____ .AUTORIZO a D./D^a _____ con DNI _____ a que comparezca en mi nombre y representación ante RESONA para recoger los resultados de las pruebas a las que se refiere este resguardo.

En Madrid a ____ de _____ de 20____.

Firma del paciente _____

Firma de la persona que recoge el estudio _____

Para conseguir la distensión del intestino, le daremos un preparado de **Manitol** diluido en agua 40-60 minutos antes de comenzar el estudio; al producir un aumento del ritmo intestinal podría provocar una leve diarrea.

También le inyectaremos una pequeña dosis de **Glucagón para reducir** los movimientos involuntarios del intestino. Las reacciones adversas son raras durante el uso siendo la más frecuente náusea/vómitos. Excepcionalmente se producen reacciones alérgicas generalizadas, incluyendo dificultad respiratoria o hipotensión.

El glucagón **puede estar contraindicado** si usted padece ciertas patologías:

- Pacientes con hipersensibilidad conocida al glucagón, lactosa o cualquier otro constituyente de la formulación.
- Cardiopatías o tratamiento con B-bloqueantes dado que altera la frecuencia cardiaca y la TA, por lo que deberá controlarse la Presión arterial y ritmo si se administra.
- Pacientes con antecedentes de tumores adrenales, feocromocitoma o tumores pancreático, ya que puede precipitar una crisis hipertensiva.
- Diabéticos, dado que el glucagón **incrementa los niveles de azúcar** en la sangre por lo cual, en pacientes diabéticos, precisaran un control de sus niveles glucémicos tras el procedimiento y los días posteriores.
- Uso de **anticoagulante** de algunos fármacos, ya que aumenta su efecto, por lo cual debería realizarse un control de coagulación precoz.

En caso de estar contraindicado el **Glucagón**, este puede ser sustituido por **Buscapina**.

Responda las siguientes preguntas para valorar su administración.

- ¿Tiene hipersensibilidad a glucagón o constituyentes? _____
- ¿Tiene Usted antecedentes cardiacos, infartos, angina, coronariopatía o alteraciones del ritmo cardiaco? _____
- ¿Es usted diabético, toma insulina o antidiabéticos orales? _____
- ¿Tiene un tumor del páncreas, feocromocitoma o ha sido tratado por ese motivo? _____
- ¿Toma anticoagulantes? _____
- ¿Tienen HTA o toma bloqueantes? _____
- ¿Tiene hiperplasia benigna de próstata? _____
- ¿Padece de glaucoma? _____

He sido informado del uso de este fármaco y comprendo las contraindicaciones y precauciones a tomar por su uso, autorizando a su empleo en este procedimiento.

El abajo firmante declara que, los datos que ha consignado son ciertos y que se ha puesto a su disposición, información escrita sobre la prueba que se va a realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales y de los beneficios que puede obtener. Acepta la realización de la prueba a cambio de un posible beneficio en el proceso asistencial que sigue. Reconoce que someterse a esta prueba, es un acto voluntario, y manifiesta saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento. También autoriza a RESONA el uso de las imágenes de sus estudios, debidamente anonimizados con fines educativos.

▪ **PACIENTE: D./Dña.** _____ **DNI.** _____
o **REPRESENTANTE LEGAL**

Madrid a _____ de _____ de 20 ____

Firma del Paciente o Representante Legal:

A RELLENAR POR EL MEDICO.

Adminístrese:

- Glucagón: 1/2 ampolla (de 1 mg) iv basal; y otra 1/2 ampolla iv previo al civ.
- Buscapina: 1/2 ampolla (de 20 mg) iv basal; y otra 1/2 ampolla iv previo al civ.

4

En Madrid, a ____ de _____ de 2019

Firma del médico

Fdo.: _____

(Nombre y apellidos del médico y N^o Colegiado)