

# CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD. RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA

## 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 la técnica de la resonancia magnética.

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), y en el caso de movimiento 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 (taquillas).

**No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro, solo de esta manera el resultado de la atención a su salud será el mejor posible.**

## 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](http://www.resona.es)

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 puesto contraste.	

OBSERVACIONES:

Nombre y firma del TER.

## 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.

	<b>DATOS DE LA RECOGIDA DE PRUEBAS.</b> Lugar: C/ Españoleto Nº 24 (Entrega). Horario: De lunes a viernes de <b>11 a 14 y de 17 a 20 h.</b> TLF.- 91 3084088 Consulta de resultados <a href="mailto:resona.resultados@resona.es">resona.resultados@resona.es</a> Visite nuestra WEB: <a href="http://www.resona.es">www.resona.es</a>
	FIRMA DEL PACIENTE

# RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA

## INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA.

¿Por qué motivo le piden la prueba? \_\_\_\_\_

¿Esta 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? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna enfermedad conocida (cardíaca, hepática, renal, cerebral, oftalmológica, etc...)? \_\_\_\_ En caso afirmativo. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Sufre insuficiencia renal? \_\_\_\_\_

¿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.**

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 médula espinal, electro 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 Resonancia Magnética de mama, 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 retirar los resultados.

### DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ . AUTORIZO a D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

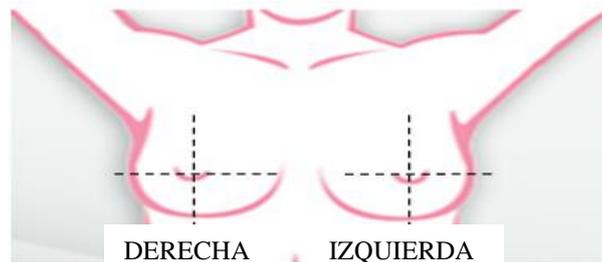
Firma de la persona que recoge el estudio \_\_\_\_\_

- Fecha de nacimiento. \_\_\_\_\_.
- ¿Tiene menstruación? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, indique fecha de última regla (día de comienzo) \_\_\_\_\_.
- ¿Está en periodo de lactancia? \_\_\_\_\_
- ¿Toma algún tratamiento hormonal o lo ha tomado en los últimos 6 meses \_\_\_\_\_ En caso afirmativo ¿qué tipo? \_\_\_\_\_.
- ¿Tiene antecedentes en su familia de tumores mamarios? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, que tipo de parentesco. \_\_\_\_\_ . Recuerda la edad aproximada a la que se lo diagnosticaron \_\_\_\_\_.
- Indique si le han realizado alguna de estas pruebas y la fecha aproximada en que se las realizó:

Mamografía \_\_\_\_\_ Ecografía \_\_\_\_\_

RM de mamas \_\_\_\_\_ Punción \_\_\_\_\_.

- ¿Le han operado de mama? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, ¿de qué mama? \_\_\_\_\_ .  
¿cuándo? \_\_\_\_\_. El resultado fue maligno o benigno. \_\_\_\_\_.
- ¿Le han realizado biopsia de mama? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, ¿de qué mama? \_\_\_\_\_ .  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_. El resultado fue maligno o benigno \_\_\_\_\_.
- ¿Ha recibido radioterapia en las mamas? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, en qué fecha \_\_\_\_\_ . Durante cuánto tiempo \_\_\_\_\_.
- ¿Ha recibido quimioterapia por enfermedad en las mamas? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, en qué fecha \_\_\_\_\_ .  
¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_.
- ¿Se nota algún bulto en las mamas? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo. Señálelo en el gráfico.



- ¿Tiene secreción por los pezones (mancha en sujetador)? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, ¿de qué color? \_\_\_\_\_.
- ¿Lleva prótesis de mama? \_\_\_\_\_. En caso afirmativo ¿en qué mama? \_\_\_\_\_.
- ¿Qué tipo de prótesis? \_\_\_\_\_.
- ¿Cuándo se las pusieron? \_\_\_\_\_.

La abajo firmante declara que se ha puesto a su disposición, información escrita sobre prueba que se ha de realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y que de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales, 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 autorizo a RESONA el uso de las imágenes de mis estudios, debidamente anonimizados con fines educativos.

▪ **PACIENTE: D./Dña.** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_  
**O REPRESENTANTE LEGAL**

Firma del Paciente ó Representante Legal:

Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_