

# Cuestionario de seguridad RMN



**Réseau  
Hospitalier  
Neuchâtelois**

Département d'imagerie médicale

**La resonancia magnética utiliza un campo magnético intenso; Se requieren precauciones especiales para ingresar a la sala de examen. Complete este cuestionario antes de su examen y entréguelo al personal de servicio de RM.**

Apellidos : \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ cm



**Implantes que sean sensibles al campo magnético :**

estimulador cardíaco, desfibrilador, implante auditivo, bomba de insulina, dosificador de medicamentos, etc.

**Si No**

1. ¿Se ha realizado con anterioridad una resonancia magnética (RMN) ?
2. ¿Tiene insuficiencia renal ?
3. ¿Está embarazada ?
4. ¿Tiene suturas con hilo metálico o grapas ?
5. ¿Tiene un cuerpo extraño metálico en los ojos?
6. ¿Tiene trozos de metralla u objetos metálicos en el cuerpo?
7. ¿ Es usted portador de alguno de los siguientes materiales :

- ==> Dispositivo cardíaco  
Marcapasos ?\* Desfibrilador?\* Reveal?\* (subrayar lo que es apropiado)
- ==> Implante coclear\*
- ==> Neuroestimulador\*
- ==> Bomba de infusión de insulina ?
- ==> Sensor de glucosa en sangre Cardiac valve\*
- ==> Válvula cardíaca  
\*Biológica ? \*Mecánica ? (subrayar lo que es apropiado)

Si	No	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



**Retire todos los objetos metálicos antes de entrar en la sala del examen : teléfono móvil, piercing, reloj, joyas , ganchillos y pinzas para el pelo, llaves, monedas, tarjetas de crédito, etc.**

*\*Por favor envíenos los documentos relacionados con el material implantado.*

**Si No Fecha**

8. ¿Tiene un clip neuroquirúrgico para un aneurisma cerebral? \_\_\_\_\_
  9. ¿Tiene una prótesis articular ? \_\_\_\_\_
  10. ¿Le han operado alguna vez ? \_\_\_\_\_
- En caso afirmativo, ¿ cuándo y de qué ? \_\_\_\_\_

11. ¿Tiene una prótesis de oído ?
12. ¿Tiene material de ortodoncia (implantes o dentadura postiza) ?
13. ¿Tiene parches o vendajes cutáneos (hormonas,nicotina) ?

Fecha : \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del médico : \_\_\_\_\_