**MRI vragenlijst Spaans**

**Cuestionario para IRM**

Para realizar un estudio con imágenes por resonancia magnética (IRM), deben tomarse precauciones (estrictas).

A causa del campo magnético, normalmente **no es posible** realizar este estudio a personas con: **un marcapasos o un DCI, un implante coclear, un estimulador nervioso/neuroestimulador interno o un expansor de tejidos.**

Por favor, responda a las siguientes preguntas en su hogar a la mayor brevedad posible. Si marca «sí» una o más veces a las preguntas 1 a 12, llame al departamento de Radiología lo antes posible, al tel. (078) 654 71 90. Asimismo, en caso de duda, llame a la policlínica de Radiología; puede hacerlo de lunes a viernes, entre las 08:00 y las 16:30. Podría ser necesario tomar medidas de precaución adicionales o aplazar el estudio.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.  | ¿Tiene una válvula cardíaca artificial?  | * sí
 | * no
 |
| 2. | ¿Lleva o ha llevado alguna vez un marcapasos, un DCI o un Holter (ILR)? | * sí
 | * no
 |
| 3. | ¿Le han puesto clips o stents en los vasos sanguíneos alguna vez? | * sí
 | * no
 |
| 4. | ¿Tiene un estimulador nervioso/neuroestimulador? | * sí
 | * no
 |
| 5. | ¿Tiene un expansor de tejidos? | * sí
 | * no
 |
| 6. | ¿Tiene una bomba de insulina u otro tipo de bomba dentro de / sobre su cuerpo?¿Tiene un medidor de glucosa (parche)? | * sí
 | * no
 |
| 7. | ¿Tiene una lente artificial que contenga clips metálicos?  | * sí
 | * no
 |
| 8. | ¿Tiene un implante coclear? | * sí
 | * no
 |
| 9. | ¿Tiene implantes magnéticos en la mandíbula? | * sí
 | * no
 |
| 10. | ¿Está embarazada o cree que podría estarlo?  | * sí
 | * no
 |
| 11. | ¿Tiene o ha tenido alguna vez virutas metálicas en el ojo? | * sí
 | * no
 |
| 12. | ¿Trabaja (o ha trabajado) en la industria metalúrgica? | * sí
 | * no
 |
| 13. | ¿Tiene materiales metálicos o plásticos en su cuerpo, p. ej. una prótesis? | * sí
 | * no
 |
| 14. | ¿Se ha sometido a alguna operación?  | * sí
 | * no
 |
| 15. | ¿Lleva una prótesis auditiva? | * sí
 | * no
 |
| 16. | ¿Tiene algún tatuaje? | * sí
 | * no
 |
| 17.  | ¿Tiene algún piercing?  | * sí
 | * no
 |
| 18.  | ¿Tiene un parche medicinal?  | * sí
 | * no
 |
| 19. | ¿Utiliza pomada (de óxido) de zinc? | * sí
 | * no
 |

Su nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su peso: \_\_\_\_\_\_\_\_ kg y su altura: \_\_\_\_\_\_\_\_m

**Lleve el cuestionario cumplimentado a su próxima cita.**

Div 0163

Augustus 2024