

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE MR

Para completar por el investigador:

Fecha: ____/____/____ Género: M / F ID del sujeto: _____

Investigador Principal: _____ Investigador: _____

Título del estudio: _____

Por favor indique lo siguiente:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): ____/____/____ Altura (pies' pulgadas): _____ Peso(libras): _____

Señala la caja de "sí" o "no" para cada pregunta.

1. Ha experimentado algún problema relacionado con un examen o procedimiento de MRI anterior? Sí No
2. Ha trabajado previamente con metal o ha sufrido daño en los ojos por objetos o fragmentos metálicos (astillas de metal, afeitándose, cuerpo extraño, etc)? Sí No
3. Ha sido alguna vez herido por un objeto metálico o cuerpo extraño (BB, bala, shrapnel, etc.) Sí No
4. Es usted claustrofóbico ? Sí No
5. Está usted embarazada, o piensa que puede estarlo? Sí No

Por favor indique cualquier condición médica:

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Termoregulación limitada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hipertensión/Hipotensión |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Medicación |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cirugías/ Operaciones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otra |

Si tiene otras condiciones, o si contestó Sí a alguna de las anteriores, por favor especifique más detalladamente:

Los siguientes elementos podrían ser dañinos para usted en un escenario de MR o podrían interferir con la calidad de la imagen.

Por favor marque "Sí" o "no" para cada elemento pertinente.

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Grapa(s) para aneurisma | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Bomba de infusión/dispositivo de insulina |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Bone/Joint pin , tornillo, uña, cable, placa |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Implanted cardioverter defibrillator(ICD) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Stent, filtro, o muelle metálico |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Implante o dispositivo electrónico | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cualquier tipo de prótesis (ojo, pene, etc) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dispositivo activado por magnetismo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Implante de ojo |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sistema de neuroestimulación | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Ortodoncia, implantes dentales, retenedores |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Estimulador de la médula espinal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | DIU o diafragma |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Electrodos o cables internos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tatuajes o maquillaje permanente |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Muelle o cable de párpados | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Alfileres/Horquillas en el pelo, ropa |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Implantes de malla metálica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Retenedores extraíbles/Dentaduras |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cadera artificial o protésica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Piercings/Joyas |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Implantes de malla metálica, parches | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Audífono |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Prótesis de válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Peluca/Extensiones de pelo |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Reemplazo de articulación (cadera, rodilla) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sujetador con aros/Ropa interior anti hongos |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Estimulador de crecimiento/fusión de hueso | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Lentillas de color |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Coclear, otológico, u otro implante para audición | | | |

Si ha contestado Sí a alguna de las anteriores, por favor especifique más detalladamente proporcionando información del dispositivo a continuación:

TODOS LOS IMPLANTES PUEDEN SER PELIGROSOS PARA SU SALUD EN PRESENCIA DE CAMPOS MAGNÉTICOS FUERTES

He entendido que debo extraer todos los objetos electrónicos, o cualquier objeto que tenga propiedades magnéticas, incluyendo pero no limitándose a los siguientes: teléfonos, buscas, fitbits, cámaras, tarjetas de crédito, relojes, tarjetas con banda magnética, etc.

No llevaré conmigo ningún objeto de metal a la habitación del escáner durante mi examen, incluyendo pero no limitándose a los siguientes: llaves, cuchillo, monedas, gafas, joyas, piercings, imperdibles, horquillas de pelo, clips para papel/billetes, clips para correo, bolígrafos, tupés/pelucas/ondas o cualquier otra vestimenta metálica ni cualquier otro objeto que pueda ser atraído por el imán.

He entendido que debo llevar puestos tapones para los oídos y/o auriculares durante el escáner MR.

Atestiguo que toda la información anterior es correcta según mi conocimiento. He leído y entendido el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de preguntar sobre el mismo y sobre el procedimiento de MR.

Firma de Participante en la Investigación

Fecha

SÓLO PARA EL USUARIO DEL SISTEMA MR:

1. Ha revisado el usuario del sistema MR el formulario de seguridad MR?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Ha discutido usuario del sistema MR los efectos secundarios en potencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. Se ha deshecho el sujeto de todas las joyas, piercings, etc?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Ha sido el sujeto revisado verbalmente por el usuario MR?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Ha sido el sujeto escaneado con el detector de metales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. Ha prejutado el usuario del sistema MR al sujeto si el/ella tiene un marcapasos/implantes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nombre del usuario del sistema MR

Firma del usuario del sistema MR