IMAGERIE
LA CHAUX-DE-FONDS

Cuestionario de seguridad para resonancia magnética (IRM)

Tiene material o dispositivo médico ? - **Marcapasos** ❑ SI ❑ NO - **Neuroestimulador** ❑ SI ❑ NO - **Bomba de insulina** ❑ SI ❑ NO - **Otro**, por ejemplo : válvula cardíaca, stent, prótesis articular o auditiva, clavo, placa, aparato dental fijo, aparato dental amovible… ? ❑ SI ❑ NO En caso afirmativo cuales :		
Es usted claustrofóbico ?	❑ SI	❑ NO
Le han operado del corazón o del cerebro ? En caso afirmativo cuando :	❑ SI	❑ NO
Es portador de material metalico ?	❑ SI	❑ NO
Lleva un parche transdermico ?	❑ SI	❑ NO
Tiene insuficiencia renal ?	❑ SI	❑ NO
Ha realizado con anterioridad una resonancia magnética ?	❑ SI	❑ NO
Algúna vez ha recibido una inyección de contraste ?	❑ SI	❑ NO
Cuál es tu peso ? ..... Kg		
Tiene alergias ? En caso afirmativo cuales :	❑ SI	❑ NO
Tiene algún tatuaje o maquillaje permanente ?	❑ SI	❑ NO
Toma medicinas : Anticoagulantes / antiagregantes ❑ Para la diabetes ❑ Neurolépticos ❑ Otros ❑		

PARA MUJERES :

Está embarazada o sospecha estarlo ?	❑ SI	❑ NO
Da de mamar ?	❑ SI	❑ NO

Responder solo antes de una resonancia magnética pélvica o de mama

Tienes hijos ? ❑ SI : Cuantos ? _ _ ❑ NO

Cantidad de embarazo(s) : _ _ Tuvo una cesárea : ❑ SI ❑ NO

Es menopáusica ?

❑ SI
- Desde que edad ? _ _
- **Tratamiento hormonal** ? ❑ SI ❑ NO

❑ NO
- **Fecha de la última menstruación** : .....

Tiene historia familiar de patología mamaria o ovárica ? ❑ SI ❑ NO

En caso afirmativo, cuales : .....

Señor ❑ **Señora** ❑ **Fecha de nacimiento :** .....

Apellido : ..... **Nombre :** .....

Los informes médicos, asi como las imágenes realizadas en nuestro centro, se tranmiten al médico que prescribe el examen y otros profesionales de la salud mencionados en la hoja de prescripción de su médico. Con frecuencia, médicos especialistas, hospitales, **CHUV o HUG (hopitales universitarios de Ginebra)** nos solicitan los resultados de las imágenes y los exámenes realizados en nuestro centro. Con su firma :

- Usted acepta que se les envíen los informes médicos y las imágenes cuando esté en tratamiento con ellos, respetando el principio de proporcionalidad.
- Usted acepta que el centro **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** pueda solicitar informes antiguos o imágenes necesarias para el diagnóstico de los exámenes realizados en nuestras instalaciones, respetando el principio de proporcionalidad.

Fecha : Firma :