

CUESTIONARIO PARA MRI CON CONTRASTE

CONTRASTE (IMPORTANTE):

Su prueba de hoy incluirá una inyección intravenosa de un agente de contraste (agente de gadolinio). Este agente es una solución estéril, transparente e incolora que ayuda a realzar (iluminar) ciertas estructuras del cuerpo en el estudio de MRI. Puede mejorar notablemente en la detección de lesiones. Ha habido informes de incidentes en la literatura médica, especialmente recientemente, sobre una condición muy rara llamada inducida por gadolinio - Dermopatía fibrosante nefrogénica (NFD), que ocurre con más frecuencia en pacientes con función renal anormal. Aunque es una condición muy rara, queremos que sepas de esta complicación severa que puede estar asociada con el uso de contraste para tu estudio. Por favor pregunte a nuestro personal, si tiene alguna inquietud, pregunta o comentario al respecto. Otras reacciones de tipo alérgico grave son muy raras, aunque se han notificado casos de urticaria leve.

1. ¿Eres alérgico a algún medicamento o colorante de Radiología (contraste)? **SI**_____ **NO**_____
En caso afirmativo, indique qué tipo de reacción alérgica (urticaria, dificultad para respirar, etc.)

2. ¿Tiene una enfermedad renal (incluyendo solitaria, trasplante renal, tumor renal)? **SI**_____ **NO**_____

3. ¿Tiene más de 60 años? **SI**_____ **NO**_____

4. ¿Tiene antecedentes de hipertensión (presión arterial alta)? **SI**_____ **NO**_____

5. ¿Tienes diabetes? **SI**_____ **NO**_____

6. ¿Tiene antecedentes de enfermedad hepática/trasplante de hígado/trasplante de hígado pendiente?

SI_____ **NO**_____

7. ¿Tiene antecedentes de anemia de células falciformes? **SI**_____ **NO**_____

8. ¿Estas amamantando? **SI**_____ **NO**_____

Estoy de acuerdo con la administración de contraste y entiendo la posibilidad de complicaciones graves mencionadas

Doy fe de que la información anterior proporcionada por mí es correcta según mi leal saber y entender, he leído y entendido todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de preguntar cualquier cuestión que no esté clara a este respecto.

Nombre del paciente: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** ____/____/____

INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN SOLO PARA USO DE LA OFICINA

CREATININE LEVEL: _____

GFR LEVEL: _____