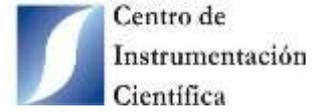




CUESTIONARIO DE SEGURIDAD Y CONSENTIMIENTO RESONANCIA MAGNÉTICA 3T REI16-58-CCRM Página 1/3 N° Revisión 8 21/03/2024



La información de este cuestionario es confidencial. Es importante que lo complete con cuidado y aportando toda la información que se le solicita. Por favor, escriba de forma legible y en mayúsculas, y conteste marcando con una X en las casillas. Consulte al técnico de Resonancia Magnética (RM) si tiene alguna duda al realizar este cuestionario o antes de entrar en la habitación del sistema RM.

Fecha de nacimiento .../. .../. ... Edad ... años Altura ... metros Peso ... Kg Hombre [] Mujer [] Otros []

1. ¿Ha sufrido previamente una operación? SI [] NO [] Si ha contestado afirmativamente, por favor, indique el tipo de operación: Fecha: ... Tipo de Operación: ...

2. ¿Tiene un marcapasos? SI [] NO []

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado con la aplicación de la técnica de resonancia magnética (RM)? SI [] NO [] En caso afirmativo, describa el problema: ...

4. Ha sufrido algún daño en el ojo debido a algún objeto metálico (astilla, cuerpo extraño en el ojo, etc.)? SI [] NO [] En caso afirmativo, describa el problema: ...

5. ¿Tiene algún objeto metálico en su cuerpo (p.e. prótesis)? SI [] NO [] En caso afirmativo, describa el problema: ...

6. ¿Está tomando alguna medicación? SI [] NO [] ¿Cuál? ...

7. ¿Sufre alguna enfermedad actualmente o ha tenido problemas de salud en el pasado? SI [] NO [] ¿Cuál? ...

8. ¿Tiene algún tipo de Alergia? SI [] NO [] ¿Cuál? ...

9. ¿Se corrige la visión con gafas o lentillas? SI [] NO [] ¿Se operó la visión? SI [] NO []

Para mujeres participantes:

10. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda estarlo? SI [] NO []



AVISO: Ciertos implantes y objetos pueden ser peligrosos para usted o interferir con el procedimiento RM. No entre en la habitación del sistema RM si tiene alguna duda sobre un implante, o algún objeto que lleve encima. Consulte al Técnico de la RM antes de entrar la habitación. El sistema RM está siempre encendido.

Por favor, indique si tiene:

- Un tatuaje o maquillaje permanente. SI NO
Un piercing en alguna parte de su cuerpo. SI NO
Cualquier retenedor, bráqueto, implante, tornillo o empaste en boca. SI NO
Dentaduras o aparatos dentales. SI NO
Aparatos auditivos. Audífonos. SI NO
Parches de Nicotina o nitroglicerina. SI NO
Puntos quirúrgicos, clavos, tornillos, suturas metálicas o grapas. SI NO
Cualquier Prótesis (rodilla, cadera, mama, pene, ojos etc.) SI NO
Implantes magnéticos o electrónicos. SI NO
Implantes radiactivos. SI NO
Electrodos internos. SI NO
Parches transdérmicos de medicación con soporte metálico. SI NO
Equipos de inyección de medicinas. Reservorios subcutáneos. SI NO
Pierna artificial. SI NO
Implantes de cualquier tipo. SI NO
DIU o diafragmas o espirales metálicas contraceptivas. SI NO
Esquirlas o fragmentos de metal en ojos o ha sido trabajador del metal. SI NO
Pinzas o clips de aneurismas, vasculares o hemostáticos. SI NO
Cualquier sistema de neuroestimulación. SI NO
Estimulador de la Espina dorsal. SI NO
Cualquier tipo de estimulador. SI NO
Dispensador de insulina u otra medicación. SI NO
Bomba de insulina o de infusión farmacológica. SI NO
Válvula cardíaca artificial. SI NO
Muelle o alambre en los párpados y/o implante ocular. SI NO
Marcapasos metálicos, filtros. SI NO
Anus praeter (ano artificial) con cierre magnético. SI NO
Catéter o puertos de acceso vascular. SI NO
Implante de desfibrilador cardíaco (IDC) o desfibrilador automático. SI NO
Cateterismo cardíaco Swan-Ganz o catéter de termodilución. SI NO
Implantes cocleares, otológicos u otros implantes de oído. SI NO
Expansores de mama o alambres de cerclaje esternal. SI NO
Shunt espinal o intraventricular. SI NO
Problemas de respiración o de movimiento. SI NO
Claustrofobia (miedo a espacios cerrados). SI NO
Se encuentra acatarrado o resfriado. SI NO
Presenta fiebre o calentura. SI NO
Lleva fibras capilares en el pelo. SI NO
Extensiones capilares. SI NO
¿Es diabético o diabética o sufrió de diabetes. SI NO

Antes de entrar a la habitación de la RM debe quitarse al menor TODOS los objetos metálicos incluidos los pendientes, dentaduras, llaves, teléfonos móviles, gafas, horquillas y pinzas del pelo, sortijas, pulseras, colgantes del cuello, collares, clips, tarjetas magnéticas, tarjetas de crédito, bolígrafos, herramientas, navajas, ropa con cremalleras metálicas, etc. Algunas fajas, sostenes y sujetadores pueden contener piezas metálicas. Consulte con el técnico de RM para evitarle heridas y quemaduras.

Por favor, PREGUNTE al técnico ANTES de entrar en la habitación de la RM si tiene alguna pregunta o duda.

Aviso: Es posible que se le pida que se ponga unos auriculares o tapones de los oídos para amortiguar el ruido que produce la RM.

Para su comodidad pida ir al aseo antes de entrar a la resonancia y si cree tener fiebre o una temperatura no habitual comuníquese inmediatamente al técnico de RM

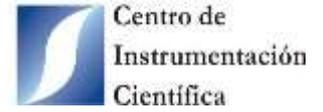
Declaro que la información que he escrito en contestación al cuestionario es correcta. He leído y entendido toda la información de este documento y he tenido la oportunidad de preguntar al operador de la RM mis dudas sobre la información en este documento y sobre el procedimiento de RM.

Nombre y Apellidos:

Fecha:



CUESTIONARIO DE SEGURIDAD Y CONSENTIMIENTO RESONANCIA MAGNÉTICA 3T REI16-58-CCRM Página 3/3 N° Revisión 8 21/03/2024



¿Se ha realizado alguna resonancia en este centro hace menos de seis meses? SI [] NO []

Si no es así permítanos por favor que un médico revise las imágenes:

D./Dª como participante en resonancia magnética por el presente documento quiero dar mi consentimiento expreso y otorgar así mi permiso para que se me informe de manera telefónica de algún hallazgo casual de relevancia que se pueda encontrar en las resonancias adquiridas como consecuencia de mi participación en los experimentos allí realizados.

Para ello mi número de teléfono es:

En Granada a de de 20

Fdo:

NO RELLENAR. PARA USO INTERNO DE LA UNIDAD DE RM

Nombre del responsable:

Referencia del proyecto:

Este documento lo han revisado el responsable y el técnico de la RM y está actualizado en el momento de escanear.

El participante ha mencionado información que hace necesario comprobar si es seguro realizar una RM en este momento: SI [] NO []

Es seguro realizar la RM al participante en este momento: SI [] NO []

Nombre del técnico:

En Granada a de de 20

Fdo.:

Al Centro de Instrumentación Científica

Table with 2 columns: Field (Responsable, Legitimación, Finalidad, Destinatarios, Derechos, Información adicional) and Content. Title: Información básica sobre protección de sus datos personales aportados