

**Tomografía por Resonancia Magnética**

Con la Resonancia Magnética se pueden visualizar alteraciones en los órganos internos ocasionadas por diversas enfermedades. Para ello, en lugar de rayos X, se utilizan ondas de radio comunes del tipo FM (MHz), que emitidas hacia el paciente situado en un fuerte campo magnético, originan señales de radio en el paciente (resonancia). Esta información es transformada en imágenes que proporcionan datos diagnósticos que otros métodos no pueden proveer.

**Preparación**

Sírvase depositar objetos como los a continuación mencionados en uno de los casilleros antes de entrar en la sala de estudios: **relojes, joyas, anillos, cadenas, pulseras, bolígrafos, lapiceros, tarjetas de crédito o similar con cinta magnética; y todo tipo de objetos metálicos como llaves, monedas, orquillas etc.** Cierre con llave su casillero y lleve consigo la llave a la sala de estudios. Desvístase en una de las cabinas previstas para ello conservando la ropa interior (si ésta contiene metal, también quitársela). Póngase la camisola para pacientes. Para estudios de la cabeza retire el maquillaje, ya que éste contiene habitualmente metal.

**Realización del procedimiento**

En la sala de estudios deberá acostarse sobre una camilla que se introduce de 1 a 2 m en un cilindro abierto en sus bases con diámetro aprox de 50 cm. El tiempo de estudio es variable y puede llegar a ser de hasta 1 hora. Durante las secuencias individuales (5 a 20 min) escuchará un golpeteo. Mientras dure este martilleo deberá permanecer relajado e inmóvil, ya que pequeños movimientos pueden influir negativamente en la calidad de la imagen. La respiración normal o actos deglútenos esporádicos no ocasionan perturbaciones. En exámenes especiales se le administrará eventualmente un contraste. Estará bajo observación (TV) permanente. Si surge algún problema podrá establecer contacto con el médico a cargo en todo momento. **Debido al fuerte campo magnético utilizado y a lo relativamente estrecho del habitáculo hay pacientes en los que no se puede realizar el procedimiento. Por favor responda a las siguientes preguntas señalando con una cruz la respuesta correcta.**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Altura (cm) \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Por favor subraye la respuesta adecuada

1. Es portador de un marcapasos cardiaco o neuro estimulador? Tiene usted un dispositivo medico implantable dentro o sobre el cuerpo? *Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers oder Neurostimulators oder haben Sie andere medizinische Geräte im oder am Körper?*  Si  No
2. Lleva prótesis dental removible? *Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?.....*  Si  No  
 Esta fijada con imanés? *Wird sie mit Magneten befestigt?.....*  Si  No
3. Hay en su cuerpo partículas metálicas? (prótesis dental, clips de cirugía, esquirlas metálicas, bomba de insulina citostáticos). Tiene usted tatuajes? *.....*  Si  No  
*Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile z.B. Metallprothesen, Metallclips, Insulin-/Zystostatikapumpen etc. Haben Sie Tattoos oder Piercings?.....*
4. Ha sufrido alguna vez una lesión ocular provocada por astillas metálicas? *.....*  Si  No  
*Hatten Sie früher eine Metallsplitterverletzung des Auges?*  
 Le extrajeron las astillas metálicas? *Wurde der Splitter entfernt? .....*  Si  No
5. Ha sido operado del corazón o de la cabeza? *Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden?.....*  Si  No
6. Lleva audífono? *Tragen Sie ein Hörgerät?.....*  Si  No
7. Sufre usted de claustrofobia? *Leiden Sie unter Platzangst?.....*  Si  No
8. Tiene alguna intolerancia/alergia conocida? *.....*  Si  No  
 Si es así, cuáles? \_\_\_\_\_
9. Tiene alguna enfermedad infecciosa conocida (Hepatitis, VIH, Tbc)? *.....*  Si  No  
 Si es así, cuáles? \_\_\_\_\_
10. Lleva un parche medico? *Tragen Sie medizinische Pflaster?.....*  Si  No
11. Está embarazada? *Sind Sie schwanger?.....*  Si  No

Si tuviera alguna pregunta que desee aclarar dirijase al médico o al personal presente. Con mi firma autorizo al Hospital Cantonal de Zug a obtener la información médica/datos de imagen necesarios de los hospitales/institutos de radiología/médicos implicados en mi tratamiento o a transmitírselos.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_