

MRI CONTRAST CONSENT FORM

Su procedimiento de resonancia magnética requiere una inyección de contraste. Hay posibles efectos secundarios a tener en cuenta. Menores y comunes, los efectos secundarios pueden ser dolor de cabeza o náuseas. En casos muy raros, dificultad para respirar puede ocurrir.

En el raro caso de una reacción, personal médico capacitado están en el deber de tratar.

Nephrogenic Systemic Fibrosis (NSF)

La Administración de Drogas y Alimentos ha emitido un aviso de vinculación de agentes de contraste MRI a una rara enfermedad que se llama Nephrogenic Fibrosis sistémica. NSF es una rara, pero potencialmente grave enfermedad sistémica adquirida. El primer caso fue reportado en 1997 y hasta la fecha, se han notificado casos menos de 500. Todos estaban vinculados a altas dosis de contraste MRI administrados a los pacientes con enfermedad renal significativa. Ahora que se entiende esta condición y los factores de riesgo que contribuyen a ella, su 'emitidos es muy raro.

No darán el contraste de MRI para pacientes con la enfermedad de riñón crónica (eGFR <30) y/o herida de riñón aguda.

Función renal puede determinarse mediante una prueba de sangre. Los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada enfermedad debe tener sus análisis de sangre evaluadas en función de los riñones antes de recibir la contraste de MRI. Pacientes con función renal sano y sin factores de riesgo no requieren prueba de sangre.

Los signos o síntomas de NSF deberían informarse a su médico, MRI of Arizona, Mallinckrodt Inc. (1-800-778-7898), o la Administración de Drogas y Alimentos. Los signos o síntomas de NSF deberían informarse a su médico.

La FDA : 1-800-FDA-1088 or www.fda.gov/medwatch. Los síntomas de la NSF pueden incluir ardor, picazón, hinchazón, escala, endurecimiento y endurecimiento de la piel; parches de color rojos o negro sobre la piel; rigidez en las articulaciones con dificultad para moverse, doblar o enderezar los brazos, piernas y pies; dolor en los huesos de la cadera o debilidad muscular.

Do any of the following apply to you:

La hipertensión/ Presión arterial alta	Si	No	La anemia/ Enfermedad de glóbulos rojos	Si	No
La diabetes	Si	No	El asma o trastorno de la respiratorio	Si	No
Enfermedad renal/ Riñón único	Si	No	Incautación o enferma del corazón	Si	No
Se está sufriendo en diálisis?	Si	No	Fecha en que recibí la última MRI de contraste		
Esta embarazada/ La lactancia materna	Si	No	Ha tenido una reacción alérgica?	Si	No
Lista de medicamentos tomando actualmente	_____				

Lista de alergias: _____

**He leído la información sobre contraste de MRI y soy consciente de los posibles efectos secundarios.
No tengo una condición médica que puede ser complicada al recibir contraste de MRI.**

Firma del Paciente

Date/Time

Si es firmado por alguien que no sea paciente, por favor escriba su nombre y relación con el paciente

Testigo de la firma

Uso de la oficina

Account # _____ G F R: _____ No Risk Factors
_____ mL Injected at _____ am/ pm Lot # _____
Injection site: _____ Exp Date # _____