

**Departamento de Radiología**  
**Cuestionario sobre los medios de contraste intravenoso**

Su médico ha ordenado un **Examen de imágenes de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)**, el cual requiere que se le inyecte un material de contraste (para tinte) en sus venas. Al aplicar la inyección, algunas personas tienen una sensación de frío que dura unos pocos minutos y luego desaparece. Las reacciones al contraste MRI son sumamente raras. Las siguientes reacciones no han sido observadas en ninguna persona, pero pueden ocurrir una o más de ellas:

- Náuseas, a veces con vómito;
- Estornudo
- Picazón y urticaria
- Hinchazón de los labios y/o alrededor de los ojos.

Una reacción más moderada al contraste puede hacer que usted desarrolle picazón o urticaria por varios días después de la prueba, aunque no haya tenido esta reacción el día de la prueba. Sólo en muy raras ocasiones se producen tipos de reacciones más graves. Estas incluyen pero no están limitadas a: dificultad para respirar, trauma, fallas renales, paro cardíaco y muerte. Se ha informado sobre una condición denominada NSF (*Fibrosis sistémica nefrogénica*), pero sólo en pacientes con una grave enfermedad renal preexistente.

Aunque no ocurre muy a menudo, existe la posibilidad que algo del contraste pueda fugarse de su vena hacia el área alrededor de la aguja, lo cual podría producir dolor con la palpación e hinchazón en el lugar de la inyección. Si siente algún dolor durante la inyección de contraste, infórmele al tecnólogo o a la enfermera.

Si se produce alguna de estas reacciones después de su alta, llame al médico que ordenó el MRI. Si los síntomas empeoran o si tiene alguna dificultad para respirar o presenta hinchazón de la lengua o labios --- Vaya a la Sala de Emergencia más cercana para su evaluación y tratamiento

----- **Por favor, responda las siguientes preguntas** -----

¿Se ha sometido a un examen de sangre en las últimas 4 semanas? Sí  No   
 Si es sí, cuándo \_\_\_\_\_

¿Ha recibido material de contraste en el pasado? Sí  No  Desconozco

Si es sí, ¿tuvo una reacción? Sí  No  Tipo de reacción: \_\_\_\_\_

Si tuvo una reacción, ¿recibió medicamentos para tomar antes del examen de hoy? Sí  No

¿Tiene una historia de hipertensión? Sí  No

¿Tiene una historia de diabetes? Sí  No

¿Tiene anemia deprimada? Sí  No

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad renal o cirugía renal? Sí  No

(tipo) \_\_\_\_\_ (si recibe diálisis, fecha del último tratamiento) \_\_\_\_\_

¿Tiene historia de una enfermedad grave al hígado? Sí  No

¿Ha tenido trasplante de hígado (o está pendiente alguno)? Sí  No

**Para mujeres:** ¿Está dando de lactar? Sí  No

(Si es sí, necesitará sacarse y eliminar la leche materna 48 horas después de la inyección de contraste)

### Historia de medicamentos

(Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo hierbas o medicamentos de venta libre):

---

---

**PARA EL PACIENTE:**

Al firmar este formulario, certifico que la información fue correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento, y que se me ofreció una educación apropiada con relación al examen o a cualquier aspecto del examen según fue necesario

\_\_\_\_\_ *Firma del paciente (persona responsable / tutor)* \_\_\_\_\_ *Fecha / Hora*

\_\_\_\_\_ *Firma de la persona que revisó el cuestionario* \_\_\_\_\_ *Fecha / Hora*

**TO BE COMPLETED BY RADIOLOGY STAFF**

IV Site \_\_\_\_\_ Gauge \_\_\_\_\_ Pre-injection Flushed / Patent (*staff initials*)

Lot # \_\_\_\_\_ Vol. Injected \_\_\_\_\_

Complete if ANY of the following are present:

Infiltration / extravasation size of infiltration (approx.) \_\_\_\_\_

Contrast reaction1 description of signs / symptoms: \_\_\_\_\_

Treatment: \_\_\_\_\_

**Any contrast reaction requires reporting in accordance with Pharmacy Policy #6005  
This form is required in all instances with the exception of critical tests as defined by radiology policy**