

## PREPARACIÓN PARA EXÁMENES DE FLUOROSCOPIA

**Serie gastrointestinal y/o estudio del intestino delgado** - No comer ni beber nada después de la medianoche anterior al examen.

**Enema de bario** - El paciente puede recoger la preparación e instrucciones dos días antes en los centros participantes. El día anterior al examen debe mantener una dieta de líquidos claros durante todo el día, bebiendo 8 oz de agua cada hora. (Para el desayuno, almuerzo (mediodía) y cena (5:00 p.m.) el paciente puede consumir bebidas sin azúcar (no deben contener leche ni crema), caldos claros, gelatina sin azúcar, paletas heladas sin azúcar).

**Pielograma intravenoso / Radiografía renal** - Evite todos los productos lácteos, alimentos grasosos o fritos el día antes del examen. No consuma nada por vía oral después de la medianoche anterior al procedimiento.

**HSG o HSS** - Debe programarse dentro de los 7 a 10 días posteriores al primer día del último periodo menstrual. Abstenerse de tener relaciones sexuales el mismo día del procedimiento.

## PREPARACIÓN PARA EXÁMENES DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT)

**CT de abdomen y pelvis** - No comer ni beber nada 4 horas antes del examen. Si se requiere contraste oral, se le notificará.

**CT de abdomen y pelvis (urografía)** - No comer ni beber nada 4 horas antes del examen. No se administrará contraste oral a menos que sea específicamente indicado por el proveedor.

**CT para puntuación de calcio** - No consumir cafeína ni fumar durante las 4 horas previas al examen.

**CT enterografía** - No comer ni beber nada 4 horas antes del examen. Al llegar, se le administrará Volumen, un medio de contraste oral para beber en intervalos establecidos.

## PREPARACIÓN PARA EXÁMENES DE ULTRASONIDO

**Ultrasonido abdominal / CUQ / elastografía hepática** - No comer ni beber nada durante las 8 horas previas al examen.

**Ultrasonido de arterias renales** - No consumir alimentos ni bebidas durante las 8 horas previas al examen. Beber 24 oz de agua 30 minutos antes del examen. Programar preferiblemente en la mañana para evitar interferencia por gases intestinales.

**Ultrasonido renal** - Si el paciente tiene menos de 1 año, administrar fórmula, leche materna o Pedialyte 30 minutos antes del examen (el padre debe administrar la cantidad que el lactante suele consumir en una toma con biberón). Si el paciente tiene entre 1 y 10 años, beber de 8 a 10 oz de líquidos 30 minutos antes del examen y retener la orina si la edad lo permite. Si tiene 11 años o más, comenzar a beber 24 oz de líquidos al menos 1 hora antes del examen y retener la orina, ya que la vejiga debe estar llena para el escaneo.

**Ultrasonido pélvico / obstétrico temprano** - Beber 32 oz (aprox. 950 ml) de líquido dentro de la hora inmediatamente anterior al examen. No vaciar la vejiga; debe estar completamente llena para este examen.

## PREPARACIÓN PARA EXÁMENES DE MAMOGRAFÍA

No usar desodorante ni talco el día del examen.

## PREPARACIÓN PARA DENSITOMETRÍA ÓSEA (DEXA)

No tomar suplementos de calcio durante las 24 horas previas al examen.

## PREPARACIÓN PARA EXÁMENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

**Resonancia del cerebro u órbitas** - No usar maquillaje en los ojos ni pasadores/extensions en el cabello

**MRCP** - No comer ni beber nada durante las 4 horas previas al examen.

**RM enterografía**

- No comer ni beber nada durante 4 horas antes de la cita.
- Llegar 90 minutos antes para beber el medio de contraste.
- Se administrará glucagón para relajar el movimiento intestinal.



### Programación de citas

(P) 919-781-1437

(F) 919-787-4870

SchedulingTeam@RaleighRad.com

## CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PARA RESONANCIA MAGNETICA (RM)

¿Quién responde estas preguntas? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su rango de peso? \_\_\_\_\_

- | SI                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha realizado una resonancia magnética previamente?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido estudios de imágenes previos relacionados con esta orden?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna reacción alérgica al contraste utilizado en resonancia magnética?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha trabajado soldando, con metales, o ha tenido algún fragmento metálico en el ojo?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene un marcapasos, desfibrilador, estimulador cerebral profundo, estimulador vesical o expansores de tejido en los senos?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene un estimulador de médula espinal? ***RR solo realiza estudios en pacientes con estimuladores de médula espinal de la marca Medtronic.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene un implante en el oído, clip o espiral de aneurisma cerebral, derivación, implante peneano, válvula cardíaca artificial, stent o filtro intravenoso?                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna articulación artificial (rodilla, cadera, etc.) o placas, barras o tornillos metálicos en el cuerpo?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene objetos metálicos extraños en el cuerpo como balas, metralla, virutas de metal o balines? Esto incluye lesiones oculares con metal.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene un DIU de cobre?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha sometido a alguna cirugía u operación? Por favor indique tipo y zona del cuerpo.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene algún implante en su cuerpo que no tenía al nacer?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sufre de claustrofobia?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Utiliza algún dispositivo para caminar o necesita asistencia para moverse, como ayuda para levantarse o acostarse en la mesa, de modo que podamos garantizar su seguridad durante esta visita? |

## PREPARACIÓN PARA MEDICINA NUCLEAR

**Gammagrafía de Meckel** - Ayuno (NPO) por un mínimo de 6 horas.

**Vaciamiento gástrico** - Ayuno (NPO) por un mínimo de 6 horas. Si toma Reglan, Tegaserod, Domperidona o Eritromicina, suspéndalos 2 días antes del estudio. No debe tomar medicamentos antiespasmódicos durante las 48 horas previas a la gammagrafía.

**Gammagrafía HIDA** - Ayuno (NPO) por un mínimo de 6 horas. No debe consumir morfina ni derivados de la morfina al menos 6 horas antes del estudio.

## CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PARA RESONANCIA MAGNETICA (RM) DE MAMA

*(Todas las pacientes que se realicen una resonancia magnética de mama deben haberse realizado una mamografía en los últimos 12 meses. Si no fue realizada en Raleigh Radiology, deben enviarse las imágenes e informes correspondientes)*

- | SI                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
|                          |                          | Motivo de la visita   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Examen de detección por alto riesgo (Debe haberse realizado una mamografía en los últimos 12 meses)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evaluación de la integridad/ruptura del implante - examen sin contraste (Debe haberse realizado una mamografía en los últimos 6 meses; solo para implantes de silicona)               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diagnóstico reciente de cáncer de mama (Debe haberse realizado una mamografía en los últimos 6 meses)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha recibido la vacuna contra el Covid? En caso afirmativo, indique la fecha _____ y en qué brazo: <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho.               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene implantes mamarios? Salinos, de silicona o ambos _____ ¿En qué año? _____<br>¿Cuál es la dirección y número de teléfono del lugar donde se realizó su última mamografía? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha realizado una resonancia magnética de mama anteriormente? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted una paciente de alto riesgo?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha dado positivo en la prueba del gen BRCA?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha realizado alguna biopsia o cirugía de mama?<br>¿Cuándo y en cuál de las mamas? _____   |
|                          |                          | Por favor, haga que los resultados sean enviados por fax a nuestra oficina.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha recibido quimioterapia o tratamiento con radiación alguna vez? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Actualmente recibe tratamiento de hemodiálisis?  |