

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA RESONANCIA MAGNÉTICA
SIN O CON ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE**

Etiqueta/identificación del Paciente

INFORMACION AL PACIENTE:

La **Resonancia Magnética** es un método de imagen que permite obtener información de áreas del organismo por medio de un gran imán y emisión de ondas de radiofrecuencia. Ud. debe saber lo siguiente:

- 1) El estudio puede durar, según la patología y órgano a estudiar, en ocasiones, hasta 1 hora.
- 2) Es una técnica muy sensible a los movimientos, por ello es muy importante que el paciente permanezca inmóvil durante todo el tiempo que dure la exploración y este relajado.
- 3) Durante la prueba oírás un ruido continuo de ritmo cambiante, por lo que se le administrará unos tapones y evitar esa posible molestia estando el paciente siempre en contacto con el personal técnico a través de un sistema de comunicación que le permite hablar y oír al operador del aparato en todo momento.
- 4) **Si Ud. es portador de un marcapasos cardiaco, ¡no se le puede realizar el estudio con Resonancia Magnética!!.**
- 5) **No debe entrar en la sala con relojes, gafas, lentillas, audífonos, prótesis dentales, objetos metálicos y tarjetas de crédito.**

POR FAVOR RESPONDA AL SIGUIENTE CUESTIONARIO QUE CONCIERNE A LA PREPARACIÓN PARA LA RESONANCIA MAGNÉTICA, MARQUE CON UNA X SI ES PORTADOR DE:

MARCAPASOS	NEUROESTIMULADORES	METALES(BALAS,METRALLA ETC)
GRAPAS O SUTURAS METALICAS	CATÉTERES Y FILTRO VASCULARES	PROTESIS METÁLICAS CARDIACA
VÁLVULAS DE DERIVACIÓN	DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS	PROTESIS ORTOPEDICAS y DENTALES
		PROTESIS OIDO Y GLOBO OCULAR

INDIQUENOS: ¿Está embarazada o cree que puede estarlo?.- ¿Tiene fiebre, anemia hemolítica o ataques epilépticos?.
 - Si tiene Ud. problemas de claustrofobia (miedo a los espacios cerrados). - ¿Su peso sobrepasa los 120 Kg?.
 - ¡¡Por favor traiga, el día de la cita, sus informes médicos y análisis mas recientes¡¡.

EL MEDICO PETICIONARIO de esta prueba cree que es necesaria la realización de la misma, en la que puede ser necesario la administración de un medio de contraste. Estas sustancias, tras inyectarse por una vena, permiten ver mejor algunos órganos internos y ayudan a diagnosticar mejor posibles patologías.

Los contrastes paramagnéticos son considerados fármacos muy seguros. En la inmensa mayoría de los casos, la inyección intravenosa de contraste no produce molestia alguna, sin embargo, ocasionalmente, pueden producirse efectos secundarios adversos :

- 1.- **Reacciones leves.** La mayoría de las reacciones son de este tipo y consisten en efectos desagradables como malestar, dolor de cabeza, náuseas, etc. Éstas reacciones son pasajeras y no precisan tratamiento o se corrigiéndose fácilmente.
- 2.- **Reacciones graves.** Se producen en aproximadamente en uno de cada 450.000 pacientes y pueden causar algún daño. Dentro de ellas se incluyen reacciones anafilácticas, arritmias cardiacas, ligera pérdida de conciencia.
- 3.- **La posibilidad de una reacción irreversible es muy remota e improbable , muy inferior a la de las reacciones graves.**

Es importante que nos comunique cuando acuda a realizarse la prueba si se le han realizado previamente estudios con contraste paramagnético, y si hubo alguna reacción y saber además su cifra de Creatinina en un analisis de sangre reciente.

PACIENTE O TUTOR LEGAL O FAMILIAR

He leído atentamente la información anterior y mis dudas sobre la realización y los riesgos de la prueba de Resonancia Magnética y el contraste paramagnético han sido aclarados de forma satisfactoria.

DECIDO DAR/ NO DAR EL CONSENTIMIENTO para que se practique la mencionada prueba con administración de contraste si es necesario, y soy responsable de las consecuencias de mi decisión, pudiendo retirar el Consentimiento cuando yo desee.

Paciente D./D^a D.N.I.....

Tutor o familiar D7D^a..... DNI

Firmado..... Fecha.....

MÉDICO

El médico Radiólogo responsable Dr./Dr^a _____, ha estado a disposición de este paciente para explicar la naturaleza y finalidad de este procedimiento diagnóstico así como de la administración de contraste paramagnético que se pueda necesitar para esta prueba.

Firma del Médico responsable: _____ Fecha _____