

## CONSENTIMIENTO INFORMADO RESONANCIA MAGNÉTICA CON MEDIO DE CONTRASTE

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: .....Apellidos.....

### 2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Su médico le ha solicitado un examen radiológico conocido Resonancia Nuclear Magnética.

El examen que se le ha solicitado utiliza fuertes campos magnéticos y ondas de radiofrecuencia. Por lo que para realizarse el procedimiento debe dejar fuera de la sala **absolutamente todo** lo que lleve consigo de tipo metálico y/o electrónico (relojes, pulseras, teléfonos, tarjetas magnéticas, etc.) Si lleva material de este tipo en su cuerpo avísenos ya que puede desaconsejar o contraindicar de manera absoluta la realización de la RM (fijaciones dentales, piercings, algunos tatuajes, balas o metralla, ciertos tipos de prótesis (valvulares, de cadera, de rodilla, clips metálicos, etc), o implantes, así como dispositivos electrónicos de carácter médico como bombas de insulina, prótesis auditivas, marcapasos, desfibriladores, etc.) Avísenos si es portador o sospecha que es portador de cuerpos extraños metálicos, como por ejemplo, esquirlas metálicas en cualquier localización, especialmente en los ojos, ya que pueden calentarse y/o moverse.

La realización del examen puede requerir, según lo aconseje la enfermedad o los hallazgos previos, de la administración de un medio de contraste (contraste paramagnético) cuyo objetivo es poder evaluar estructuras del cuerpo que no son visibles o se ven con una menor definición si el medio de contraste no es administrado. Si su exploración precisa de este medio de contraste, éste se le administrará a través de una vía venosa (inyección permanente en la vena hasta finalizar el procedimiento) y es posible que aparezca un hematoma en la zona de punción. Todos los pacientes que requieran la administración de contraste endovenoso deben estar en ayunas de al menos 6 horas y además se necesita conocer la función renal, que se determinará indirectamente a través de un examen de sangre valorando la creatinina.

Las reacciones adversas a los medios de contraste ocurren con poca frecuencia.

Para evitar la ocurrencia de estas reacciones adversas debe advertir al personal de la unidad antes de realizarse su examen:

- Si Ud. es alérgico a cualquier sustancia, medicamento o alimento.
- Si es asmático.
- Si ha presentado previamente reacciones adversas a medios de contraste.

#### **Potenciales riesgos**

- Presentar una reacción adversa al medio de contraste endovenoso.
- Quemadura por elementos metálicos y/o aparatos eléctricos.

#### **Contraindicaciones:**

Los medios de contraste no deben administrarse a pacientes portadores de Insuficiencia Renal, que no se encuentren en un programa de diálisis, en pacientes con Insuficiencia cardíaca descompensada, Hipertiroidismo descompensado, o Diabetes en tratamiento con hipoglicemiantes

como la Metformina. Si usted presenta alguna de estas enfermedades, comuníquelo al personal de la Unidad antes de efectuarse su examen

Si es portador de marcapasos o desfibrilador avísenos ya que está **ABSOLUTAMENTE** contraindicado realizar una Resonancia Magnética. Pueden existir contraindicaciones si es portador de algún dispositivo o material médico de carácter metálico (hierro) o electrónico.

**Si Ud. Se encuentra embarazada o sospecha que puede estarlo también comuníquelo al personal.**

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud o la de mi representado. El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente. Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de de Rechazo o revocación de consentimiento informado

### 3. DECLARO

Por el presente documento declaro que el profesional me ha dado a conocer y me ha explicado en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Resonancia magnética de : \_\_\_\_\_

En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y consiento la administración de medio de contraste endovenoso.

### 4. CONSENTO

En Los Andes .....de..... del 201.....

RUN. .... Firma Paciente.....

### REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: ..... Apellidos.....,

RUN. .... Firma Representante legal.....

### IDENTIFICACIÓN DEL TECNOLOGO MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. .... Firma Tecnólogo Médico.....