

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA CON CONTRASTE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La resonancia magnética es una técnica de diagnóstico por imagen, que no utiliza rayos X, sino un potente imán y ondas de radio que permiten obtener imágenes de las diferentes partes del cuerpo.

La máquina es como un túnel. Estará acostado en una cama especial y le introducirán en el campo magnético. No debe inquietarse porque estará comunicado en todo momento con el personal que le atiende, a través de un micrófono y una pantalla.

El estudio dura entre 30 y 60 minutos, durante los cuales no debe moverse. La máquina produce un ruido permanente que puede ser molesto. Se le administrarán unos tapones para ello.

Para realizar un mejor diagnóstico de la enfermedad, hay que utilizar un medio de contraste (gadolinio) que se inyecta en vena y que mejora la calidad de las imágenes.

Al estar en el interior de la sala de Resonancia Magnética, por el efecto del imán hay que tener una serie de medidas para no poner en peligro la seguridad del paciente o interferir en la calidad de la imagen como:

- No puede llevar objetos metálicos (reloj, joyas, piercing, gafas, móvil, audífonos, mechero, horquillas, monedas, puentes dentales libres, tarjetas de crédito...). Todo ello depositelo en la antesala.
- No puede llevar maquillaje.
- Informe al personal si tiene algún tatuaje (puede hacerse la RM pero hay que vigilar la temperatura local porque puede calentarse durante la prueba).
- Informe si tiene CLAUSTROFOBIA.
- Informe si le han operado en el último mes (indicar si lleva grapas metálicas de sutura en la piel...).
- Informe si es portador de dispositivos cardiacos (marcapasos, prótesis, STENT, DAI...), neuroestimuladores, clips de aneurismas, prótesis metálicas, grapas metálicas por alguna operación, brackets dentales...

La finalidad de la resonancia es diagnosticar y estudiar múltiples tipos de enfermedades en diferentes partes del cuerpo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Por el contraste administrado:

- Reacciones adversas leves: náuseas, mareo, picor...incluso un pequeño hematoma en la zona de punción.
- Reacción alérgica al contraste, intolerancia o alteración de la función renal.

- Excepcionalmente podría ocurrir una reacción más grave (shock anafiláctico...) que requiriese, en casos extremos tratamiento hospitalario.

La mayoría de estos problemas se resuelven de forma espontánea. Aunque a veces hay que recurrir a tratamiento médico.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No podrá realizarse la prueba si:

- Sospecha de virutas metálicas en el ojo o en cualquier parte del cuerpo (restos de metralla).
- Implantes cocleares.
- Bombas implantables.
- Expansor mamario.
- Dispositivos cardiacos antiguos: marcapasos o electrodos, DAI, balón de contrapulsación, catéter de termodilución, prótesis valvulares antiguas (modelo Starr-Edwards)...
- Llevar objetos metálicos como: reloj, joyas, piercing, gafas, móvil, mechero, horquillas, monedas, puentes dentales libres, tarjetas de crédito...

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que esta técnica es la más adecuada en este momento. Si fuera necesario, se valorarán otras alternativas para su estudio.

AUTORIZACIÓN PARA "RESONANCIA MAGNÉTICA CON CONTRASTE"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Nombre Servicio:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: