



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA

Resonancia magnética nuclear con contraste endovenoso

Yo,.....D.N.I..... en
adelante "El/la paciente", con domicilio en..... dice que el/la
Dr/a..... le ha efectuado un diagnóstico confirmado o presunto de una
condición de salud llamada

El/La médico/a solicitante ha recomendado e indicado la realización de un procedimiento denominado **Resonancia magnética nuclear con uso de un medio de contraste endovenoso llamado gadolinio**, que consiste en un estudio de imágenes que se realiza en posición acostada dentro de una sala y equipo especial de alto campo magnético. La resonancia magnética no conlleva el uso de radiaciones.

Asimismo, el/la médico/a ha informado que los beneficios razonables esperados del estudio o tratamiento consisten en la obtención de imágenes de alta precisión tanto de estructura como eventualmente de función. Las consecuencias de la denegación por parte del paciente pueden ser, entre otras, la pérdida de oportunidad de un método diagnóstico que el/la médico/a solicitante considera de utilidad en este caso.

Los riesgos de la intervención o estudio, probables complicaciones, mortalidad y secuelas son entre otras, las relacionadas con la incompatibilidad del equipo con todo elemento metálico pasible de inducción magnética. Los marcapasos, cardiodesfibriladores, estimuladores eléctricos, implantes cocleares, clips de cierre de aneurisma y algunas prótesis no son compatibles con el estudio. Sin embargo, existen algunos modelos de dispositivos que pueden aceptarse con precaución. Todo objeto metálico dentro del cuerpo o sujeto al mismo puede ocasionar daños al portador, al equipo y/o al personal de salud cercano.

En caso de usarse la sustancia de contraste inyectable, llamada gadolinio, tiene un bajo riesgo de reacciones adversas. Entre ellas se cuentan picazón y/o enrojecimiento de la piel, tos, sensación de calor, de falta de aire o dolor en el sitio de la inyección. De manera sumamente infrecuente pueden ocurrir reacciones alérgicas graves con afectación cardíaca y/o cardiopulmonar que, de manera muy poco probable, podrían ser fatales.

No hay datos certeros que indiquen que el gadolinio provoque falla de los riñones. No obstante, se acostumbra evitar su uso en casos de insuficiencia renal, por lo que el paciente conoce esta precaución y deberá dar el aviso necesario.

El uso de gadolinio está restringido y en lo posible debe evitarse en casos de insuficiencia avanzada del hígado y menores de un año de edad. No debe usarse en receptores de trasplante hepático.

Las alternativas posibles que ha expuesto el/la médico/a solicitante y/o a cargo del procedimiento es la tomografía computada, que en algunos casos puede ser de utilidad equivalente.

En caso de requerirse anestesia, el tipo a aplicar y sus riesgos son:

El/la paciente manifiesta que se le ha informado que la probabilidad de complicaciones graves o potencialmente letales es para este procedimiento muy baja. No obstante, en caso de producirse una de ellas, el/la paciente acepta la práctica de maniobras de reanimación y sostén vital, como así el eventual traslado a un centro médico de urgencia y con servicio de internación para continuar el tratamiento.

Asimismo, el/la paciente afirma que se le ha asegurado que podrá interrumpir el curso del estudio y retirarse si fuera su voluntad antes de que se concluya la intervención o estudio.

En caso que el/la médico/a a cargo considere que el retirarse precozmente pudiera representar un riesgo importante para la salud, el paciente se compromete a expresar por escrito su decisión.

El/la paciente autoriza al médico/a a cargo, o a los integrantes del equipo profesional y de apoyo a tomar

imágenes estáticas y/o dinámicas, conservarlas y difundirlas con fines educativos y científicos, bajo la condición que ni las imágenes ni datos adjuntos comprometan la identidad del paciente.

El/la paciente reconoce que ha sido acompañado por el/la médico/a solicitante y/o realizador de la práctica en la explicación y redacción de este consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, que está satisfecha con la información recibida, que fueron evacuadas sus dudas y que ha podido tomar una decisión respecto de los procedimientos a realizarse.

El/la paciente manifiesta expresamente que:

- No es portador/a de marcapasos ni dispositivos implantados.
- No tiene en el cuerpo esquirlas ni fragmentos metálicos.

El médico/a a cargo del procedimiento recibe en custodia el presente consentimiento, el cual será conservado en los plazos de ley.

Manifestado lo arriba escrito, el paciente otorga su consentimiento para la realización del estudio o tratamiento enunciado en el encabezado.

FECHA:

.....
Firma y aclaración de el/la paciente

.....
Firma de testigo o
responsable de la paciente

.....
Firma y sello del médico/a

.....
Firma y sello de
segundo/a médico/a (si correspondiera)



El Sistema de Resonancia Magnética (RM) tiene un campo magnético muy poderoso que podría resultar perjudicial para pacientes que entren en la sala del Imán de Resonancia Magnética si tienen ciertos objetos metálicos, electrónicos, magnéticos o implantes mecánicos. Por lo tanto, se requiere a todas las personas llenar este formulario ANTES de entrar a la Sala del Resonador.

Esté advertido, El magneto SIEMPRE está activo

Nombre del Paciente:.....
Fecha de Nacimiento:Edad:Peso:.....
Médico derivante:.....

Los siguientes ítems pueden Interferir en el examen y algunos contraindican el mismo, por favor marque lo que corresponda:

SÍ	NO	Marcapasos cardiaco
SÍ	NO	Neuroestimuladores / desfibriladores
SÍ	NO	Cirugía craneana o clips vasculares para aneurismas
SÍ	NO	Cirugía cardiaca valvular (prótesis Valvular)
SÍ	NO	Electrodos / Implantes electrónicos o magnéticos
SÍ	NO	Cirugía de oídos, implantes o prótesis de oído, audífonos (sacar antes de entrar)
SÍ	NO	Bomba de insulina (diabetes)
SÍ	NO	Cirugía ocular
SÍ	NO	Fragmento metálico de cráneo, ojos, otros lugares
SÍ	NO	Placas metálicas, tornillos , clavos, reemplazos, prótesis dentales
SÍ	NO	Insuficiencia renal y/o hepática
SÍ	NO	Otras cirugías o implantes

INSTRUCCIONES IMPORTANTES

Sáquese TODOS los objetos metálicos antes de entrar a la sala de Resonancia, incluyendo audífonos, radiollamadas, celulares, llaves, anteojos, hebillas para el pelo, joyería incluyendo las adheridas al cuerpo, relojes, alfileres de gancho, clips de todo tipo. tarjetas de créditos y bancarias, monedas, lapiceras cortaplumas, cortauñas y herramientas. Elementos metálicos sueltos están especialmente prohibidos en la sala de Resonancia magnética.

Por favor consulte al técnico de RM o al médico si Ud tiene alguna pregunta o duda **ANTES** de entrar a la sala del magneto

- | | | |
|--|----|----|
| 1) Ha tenido alguna cirugía anterior (artroscopia, endoscopia, etc.) de cualquier tipo | SÍ | No |
| 2) Tiene o ha tenido una lesión ocular por objetos metálicos, esquinas, astillas | SÍ | No |
| 3) Alguna vez fue herido por objetos metálicos (balines, balas, esquinas, etc.) | SÍ | No |

El estudio de RM dura aproximadamente 30 minutos. Durante este tiempo Ud. deberá permanecer quieto estando bajo constante vigilancia de nuestros profesionales. Cualquier duda o problema por favor comuníquelo a la recepcionista o al técnico.

Dejo constancia que la información precedente es correcta para mí conocimiento. Yo he leído y entendido todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información contenida en este cuestionario.

Buenos Aires, / /

PARA COMPLETAR POR EL MEDICO

Datos clínicos:

.....
.....
.....

FIRMA

Si la persona que completa este formulario no es el/la **paciente**, aclarar nombre y vínculo con el/la paciente