

Hospital Costa del Sol. Servicio de Radiodiagnóstico.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RESONANCIA MAGNETICA.

Nombre:.....

Edad:.....

Peso.....

Nº HCC:.....

¿Qué le vamos a hacer?

Usted va a realizarse una prueba de Resonancia Magnética a petición de su médico. La RM es una técnica de imagen que utiliza un campo magnético intenso, es decir no se usan radiaciones ionizantes, (Rayos X), y el contraste utilizado no contiene yodo, por tanto, la posibilidad de reacciones adversas son muy raras.

¿Qué riesgos tiene?

Las precauciones a tomar son las derivadas de la acción del campo magnético que no ocasiona problemas si se cumplen las normas de seguridad que le indicará el personal de la unidad. La única circunstancia molesta la constituye el ruido que oírás durante la realización de la prueba. En caso de necesitar tapones para los oídos, solicítelos.

Por favor, es importante que rellene el siguiente cuestionario.

-¿Tiene usted marcapasos? : SI _____ NO _____

-¿Tiene usted implante coclear?: SI _____ NO _____

-¿Tiene usted clips endovasculares craneales? SI _____ NO _____

-¿Tiene usted bombas de infusión? SI _____ NO _____

-¿Tiene usted electrodos epidurales? SI _____ NO _____

-¿Está usted en el primer trimestre de embarazo? SI _____ NO _____

**EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS
PREGUNTAS ANTERIORES, COMUNÍQUELO AL PERSONAL DE LA UNIDAD.**

-¿Tiene usted prótesis cardiacas ? SI _____ NO _____

-¿Tiene algún stent? SI _____ NO _____

- ¿ Tiene usted filtros en vena cava? SI___ NO___
- ¿ Tiene usted un bypass ? SI___ NO___
- ¿ Tiene usted prótesis óseas? SI___ NO___
- ¿ Tiene usted grapas vasculares? SI___ NO___
- ¿ Tiene usted neuroestimuladores? SI___ NO___
- ¿ Tiene usted dispositivos uterinos, (DIU)? SI___ NO___
- ¿ Tiene usted restos de metralla? SI___ NO___
- ¿ Ha tenido usted algún accidente con virutas metálicas en los ojos o trabaja en un ambiente donde se produzcan? SI___ NO___
- ¿ Tiene usted piergcing? SI___ NO___
- Otros materiales, (describalos).....
- ¿ Le han operado de algo? SI___ NO___
En caso afirmativo, díganos de qué.
- ¿ Es usted asmático? SI___ NO___
- ¿ Es usted alérgico a algún medicamento? SI___ NO___
- ¿ Se ha realizado anteriormente esta prueba? SI___ NO___
En caso afirmativo, ¿ le inyectaron contraste?.
- ¿ Ha comido en las 6 horas anteriores a la prueba? SI___ NO___
- ¿ Tiene usted o ha tenido algún problema renal? SI___ NO___
- ¿ Tiene usted dentadura postiza? SI___ NO___

NO ENTRE EN LA SALA CON ARTÍCULOS METÁLICOS O SENSIBLES A IMANES, COMO LOS SIGUIENTES:

- Gafas.
- Piezas dentales desmontables.
- Ayudas auditivas, (Sonotone).
- Joyas.
- Reloj.
- Billetera, o gancho para billetes.
- Bolígrafos y lapiceros.
- Llaves.
- Monedas.
- Navajas.
- Pistolas.
- Cierres metálicos o botones.

- Hebilla de cinturón.
- Tarjetas con franja magnética, (tarjetas de crédito, o de banco).
- Ganchos o broches para el cabello, (horquillas).
- Sujetador.
- Fajas y corsés.
- Imperdibles.
- Buscapersonas y teléfonos móviles

¿Qué otras alternativas hay?

En su caso, pensamos que esta es la prueba mas idónea.
Otras exploraciones ofrecen menor información o no son adecuadas para su caso, no obstante, en caso de no poder realizarse la exploración se valorarán pruebas alternativas como la Ecografía y la TAC.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Declaraciones y firmas

D/D^a..... con

DNI.....

he comprendido la información sobre los contrastes, explicándome sus riesgos y complicaciones. Por ello, doy mi consentimiento (SI __, NO __) para que se me inyecte contraste. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente:

Fecha...../...../.....

D/D^a..... con

DNI.....

y en calidad de he sido informado suficientemente del procedimiento que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento (SI __, NO __)

Firma del tutor o familiar:

Fecha...../...../.....