



FICHA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

etiqueta

¿Se ha realizado anteriormente alguna resonancia magnética? SI NO
En caso afirmativo, indique en que parte del cuerpo se la hicieron _____

¿Le han realizado alguna intervención quirúrgica? SI NO
En caso afirmativo, indique tipo de intervención y fecha aproximada _____

Antes de realizar la RM, es importante que avise al personal de CEDIV si es portador de alguno de estos objetos:

MARCAPASOS CARDIACO, ELECTRODOS CARDIACOS O CEREBRALES _____ SI NO
CLIPS VASCULARES, CATÉTERES _____ SI NO
DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS (neuroestimuladores, bombas de infusión, prótesis de oído) _____ SI NO
STENTS, VÁLVULAS CARDIACAS, FILTROS INTRAVASCULARES _____ SI NO
OBJETOS METÁLICOS EN EL OJO _____ SI NO
TATUAJES O PIERCING _____ SI NO
PRÓTESIS _____ SI NO
FRAGMENTOS METÁLICOS (tornillos, clavos, placas, metralla) _____ SI NO

En caso afirmativo, escriba la fecha de implantación/colocación: (/ /)

¿Sufre insuficiencia renal? _____ SI NO
¿Está pendiente de trasplante hepático o está trasplantado? _____ SI NO
En caso de ser mujer, ¿está embarazada o dando de mamar? _____ SI NO
¿Tiene alguna alergia? Especificar en caso afirmativo _____ SI NO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La RM es por criterio médico, la mejor prueba para estudiar su problema de salud; existen otras exploraciones radiológicas, endoscopias o exploraciones quirúrgicas que pueden proporcionar información sobre su enfermedad, pero se considera que la información más precisa la dará esta exploración. Esta técnica, está destinada a observar las estructuras anatómicas de cualquier parte del cuerpo al someterlas a un campo electromagnético. En ocasiones es imprescindible la administración de contraste intravenoso (gadolinio).

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Reacciones adversas al gadolinio: El gadolinio es un producto de probada eficacia y buena tolerancia. Este tipo de sustancia es más segura que los contrastes yodados utilizados en otras exploraciones radiológicas. Excepcionalmente, como en todas las medicaciones, existe un leve riesgo de reacción alérgica.

Si se produce alguna complicación, este Servicio dispone de personal y medios para atenderle en todo momento. No hay prueba que permita conocer de antemano que personas pueden sufrir una reacción adversa ni de que intensidad.

Si después de leer detenidamente este consentimiento necesita aclarar alguna duda o mayor información, no dude en solicitarlo *al médico radiólogo responsable de su exploración o al personal que le atiende en nuestro centro.*

Declaro que he comprendido el contenido de la información que he leído y se me explica, y de la adicional que solicito, así como de los riesgos que de la exploración se pueda derivar, incluso de aquellos que, aunque infrecuentes, tienen consideración clínica de muy graves. En cualquier momento puedo revocar este consentimiento sin dar explicación.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA RM	SI	NO
DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME ADMINISTRE CONTRASTE EN CASO NECESARIO	SI	NO

<u>PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL</u>	<u>MEDICO RESPONSABLE</u>
--	----------------------------------

Nombre:

Nombre:

DNI:

Nº Colegiado:

Firma:

Firma:

A cumplimentar por personal del CEDIV, datos clínicos o comentarios:

URGENTE 24HS 2-6 DIAS (Vendrá a buscar la prueba el día (/ /) 1 SEMANA