



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO SEDACION DURANTE LA REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA**

H.CI.FO.137.0310.01

### **INFORMACION**

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 y ondas de radiofrecuencia. El contraste utilizado si fuera necesario es el Gadolinio.

Es necesario que esté usted INMÓVIL durante toda la exploración, respirando tranquilamente.

En determinadas circunstancias, niños pequeños o personas que padezcan claustrofobia, para la realización satisfactoria de la prueba y obtención de las imágenes de calidad, es necesaria la administración de sedantes por vía intravenosa. Por efecto de los fármacos estará dormido, tranquilo y relajado durante el procedimiento, pudiendo necesitar de algún dispositivo oro faríngeo para facilitar la respiración. Durante el procedimiento se le administrará oxígeno suplementario.

El procedimiento requiere el ayuno de al menos 6 horas para sólidos y de 3 horas para agua, en pequeñas cantidades. Desde las 3h antes de la prueba en ayuno absoluto. Éste es un punto muy importante, tanto que su incumplimiento interrumpirá la intervención del anestesiólogo. Tras las pruebas el médico le orientará cuando podrá reiniciar la ingesta. En caso de adultos es absolutamente imperativo EVITAR LA CONDUCCIÓN DE CUALQUIER TIPO DE VEHÍCULO hasta 6 horas después del procedimiento.

### **RIESGOS:**

La administración de sueros y de los sedantes puede producir excepcionalmente, reacciones alérgicas que a veces pueden llegar a ser graves pero que realmente tiene carácter extraordinario. Es conveniente que informe al médico de cualquier medicación que esté tomando actualmente, si está bajo tratamiento psiquiátrico, ansiolítico o que afecte al cerebro.

De cualquier manera, debe saber que todo procedimiento anestésico conlleva unos riesgos, aunque este no es un procedimiento quirúrgico y se trata de mantener un estado de sedación durante todo el proceso, simplemente para evitar el movimiento por lo que las complicaciones, aunque posibles son excepcionales. El riesgo de la anestesia dependerá sobre todo del estado de salud del paciente

### **RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Otros riesgos o complicaciones que puedan surgir, teniendo en cuenta la situación clínica y sus circunstancias personales

---

---

### **IMPORTANTE:**

#### **ESPECIFIQUE SI TOMA USTED ALGÚN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO:**

.....  
.....

#### **AVISENOS SI: (No dude en consultarnos si tiene alguna duda)**

- Tiene o cree tener ALERGIA AL YODO
- Está EMBARAZADA
- Problemas RENALES: insuficiencia, cirugías...
- Asma o problemas respiratorios.
- Tratamiento de DIABETES con Metformina
- Tratamiento con Interleukina II.
- Tratamiento con ANTICOAGULANTES de la sangre.

En el contexto actual de alta prevalencia de infección COVID19 en nuestro entorno, y a pesar de las pruebas de cribado clínico, radiológico o microbiológico que se le han practicado, no es posible descartar con absoluta certeza que Ud. pudiera tener una infección asintomática COVID19. Debe saber que en caso de que fuera así, y a la luz de las evidencias actuales en estudios y publicaciones preliminares, la tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y anestésico estándar puede ser moderadamente elevada e incluyen entre otras distrés respiratorio moderado o severo que requieran de intubación y ventilación mecánica prolongada, con la mortalidad y complicaciones que se asocian a la misma.

### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**DECLARO:** Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de RESONANCIA

ARTICULACIONES EN GENERAL y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Paciente D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

Representante legal D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice la intervención.

Alicante, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Fdo.: PACIENTE**

**Fdo.: RTE. LEGAL**

**Fdo.: DR./DRA. QUE INFORMA**

### **DOCUMENTO DE DENEGACION/REVOCAACION**

Paciente D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

Representante legal D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y por lo tanto, **NO CONSIENTO** someterme al procedimiento arriba indicado.

Alicante, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Fdo.: PACIENTE**

**Fdo.: RTE. LEGAL**

**Fdo.: DR./DRA. QUE INFORMA**