

CONSENTIMIENTO INFORMADO RESONANCIA MAGNETICA

H.CI.FO.73.0310.02

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, es decir no se usan radiaciones ionizantes (Rayos X), y el contraste utilizado no contiene yodo, por tanto, las posibilidades de reacciones adversas son muy raras.

Será introducido en un imán, con forma abierta por los dos extremos. Oirá un RUIDO rítmico y variable, siendo la única incomodidad que sentirá. El tiempo de exploración suele ser de 20-25 minutos.

Podrá comunicarse con el personal técnico a través de línea microfónica y con un avisador. Es necesario que esté Vd. INMÓVIL durante toda la exploración, respirando tranquilamente. En ocasiones, es necesario administrar CONTRASTE intravenoso, según las imágenes que se van obteniendo, en cuyo caso, será debidamente informado.

La prestación del servicio de Telerradiología es prestado en este centro por Resona, S.A.U. que, en relación con los procesos radiológicos y en aras de que la confidencialidad de los datos de los pacientes no se vea comprometida en ningún momento, asume, el cumplimiento de los protocolos implantados.

RIESGOS:

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 oirá durante la realización de la prueba. En caso de necesitar tapones para los oídos, solicitenoslo.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

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

ALTERNATIVAS

En su caso, pensamos que esta es la prueba más 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.

IMPORTANTE:

Si Ud. es portador de alguno de estos elementos, debe rellenar estos casilleros (marcando con X):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Marcapasos o válvulas cardíacas. | <input type="checkbox"/> Clips aórticos o carotídeos |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Neuroestimulador |
| <input type="checkbox"/> Bomba de insulina | <input type="checkbox"/> Dispositivo intravascular (stent, Filtro) |
| <input type="checkbox"/> Implante en el oído medio o interno | <input type="checkbox"/> Virutas metálicas intraoculares |
| <input type="checkbox"/> Prótesis dental | <input type="checkbox"/> Prótesis / implante metálico |
| <input type="checkbox"/> Catéter intravenoso con metal | <input type="checkbox"/> Catéter de derivación ventricular |
| <input type="checkbox"/> Posible embarazo | <input type="checkbox"/> Placas o tornillos de traumatología |
| <input type="checkbox"/> Tatuajes | <input type="checkbox"/> Metralla /perdigones |
| <input type="checkbox"/> Clips cerebrales | |

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/tarjetas bancarias, bolígrafos, llaves/monedas, navajas/pistolas, cierres metálicos o botones, hebilla de cinturón, ganchos o broches para el cabello, (horquillas), sujetador/ Fajas /corsés, imperdibles, teléfonos móviles, cualquier objeto metálico, etc.

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 MAGNETICA 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/REVOCACION

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