



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RESONANCIA MAGNETICA



Fecha: / /

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ SEXO: _____ PESO: _____
 NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE: _____
 ESTUDIO SOLICITADO: _____ DX: _____
 MOTIVO DEL ESTUDIO: _____

Usted se va a realizar un estudio de Resonancia Magnética que requiere uso de medio de contraste endovenoso, favor de leer y firmar el documento si se encuentra de acuerdo. Información.

Los medios de contraste para resonancia magnética se utilizan para modificar la interacción del organismo frente a campos magnéticos intensos. Todos los contrastes para resonancia magnética utilizan quelatos de gadolinio, a diferencia de los tradicionales que utilizan yodo.

RIESGOS

Los contrastes que usan gadolinio presentan muy baja frecuencia de reacciones alérgicas o adversas, estas últimas corresponden a efectos no deseados, que no fueron regulados por el mecanismo de alergias.

Las reacciones adversas al medio de contraste ocurren por una interacción del organismo del paciente con el medio de contraste, en la cual no intervienen otros factores, no dependiendo del lugar donde sean administrados ni por quien. Por lo tanto una reacción adversa puede ocurrir en cualquier lugar donde el paciente reciba algún medio de contraste.

La gran mayoría de las reacciones adversas en resonancia magnética son simples, y se resuelven rápidamente bajo el cuidado apropiado. Muy rara vez estas reacciones adversas son serias, para lo cual contamos con el material, personal capacitado y procedimientos claramente definidos para enfrentarlas.

BENEFICIOS

El propósito de la administración de un medio de contraste, es permitir una mayor visualización de estructuras que no logran observarse en una fase simple de resonancia magnética y brindar un diagnóstico para intentar mejorar mi estado de salud.

POSIBLES ALTERNATIVAS

_____ quedara diferido. En el caso de embarazo entiendo que el medio de contraste puede causar daño en el feto; son muy raras las complicaciones que este sufre por el uso de un medio de contraste, pero entre los riesgos están (no exclusivamente) defectos congénitos, trabajo de parto prematuro, lesión cerebral permanente y muerte.

*Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda puede preguntar al radiólogo a cargo.

Consentimiento.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en que consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, los beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento indicado.

Nombre Paciente: _____

Firma: _____

Nombre del tutor o Responsable: _____

Firma: _____

(sólo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente)

Profesional que realiza el procedimiento: _____

Firma: _____