

Consentimiento Informado

Nombre:

N° de Turno:

DNI:

Fecha:

Estimado paciente:

La Fundación Escuela de Medicina Nuclear le recuerda algunas consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

Un consentimiento informado es el permiso que otorga el paciente, familia, su representante o tutor legal para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias. Por lo tanto, le brindaremos información sobre la práctica que su médico le indicó y lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Su médico tratante le ha indicado una **Resonancia Magnética**.

1 - INFORMACIÓN GENERAL:

La **Resonancia Magnética (RM)** es una técnica no invasiva ni dolorosa de Diagnóstico por Imagen que combina la acción de un campo magnético creado por un imán con la aplicación de ondas de radiofrecuencia. Con el objetivo de obtener Información de las estructuras del organismo y obtención de datos funcionales y morfológicos no posibles por otros métodos de imagen.

El Médico / Técnico que se encarga de realizar el estudio velará por su seguridad y bienestar durante todo el tiempo del procedimiento.

IMPORTANTE

Si Ud. es mujer debe informar al Técnico / Médico si existe la posibilidad de que esté embarazada. Asimismo, si Ud. se encuentra en período de lactancia, comuníquelo al personal Técnico / Médico.

También debe notificar al personal Técnico / Médico en caso de padecer **claustrofobia**.

2 – PROCEDIMIENTO, RECOMENDACIONES Y RIESGOS:

Durante la exploración se pueden producir los siguientes efectos:

- Estimulación neuromuscular, es decir, pequeños calambres.
- Calentamiento del cuerpo.
- Ruido.
- Atracción o desplazamiento de cualquier objeto metálico que esté dentro o fuera de su cuerpo.

Por este motivo debe usted dejar fuera de la sala de exploración, cualquier objeto metálico que lleve consigo. Si es portador de algún cuerpo extraño, implante o prótesis interna que pueda tener algún componente metálico, mecánico o electrónico en su composición, no debe entrar en la sala del imán sin haberlo comunicado previamente al personal facultativo encargado de realizarle la exploración.

No deben ingresar al resonador marcapasos (no aptos para RM), stents (no aptos para RM) e implantes en oídos. Debe notificar al personal Médico / Técnico si posee algún otro tipo de implantes quirúrgicos, protésicos, tatuajes y/o piercings.

El resonador produce ruidos de alta intensidad durante el estudio, por ese motivo se le podrá brindar tapones de goma aislantes o auriculares para disminuir la intensidad de los mismos.

INFORMACIÓN SOLO PARA ESTUDIOS CON CONTRASTE ENDOVENOSO:

- Información válida solo para estudios en los que existe pedido expreso o hace falta la aplicación de contraste endovenoso. En caso de que su estudio no implique la utilización de medios de contraste desestimar las siguientes recomendaciones y riesgos.
- En caso de uso de material de contraste, administrados por vía endovenosa, el material que se utilizará se denomina Gadolinio y se aplica mediante una inyección intravenosa.
- Es conveniente notifique al personal Técnico / Médico, en caso, de poseer asma y/o alergias medicadas. También si ha tenido inconvenientes en estudios previos con contrastes radiológicos.
- La **RM con Contraste Gadolinio** debe tratar de evitarse en el caso de **mujeres embarazadas** debido al riesgo potencial para el bebé, salvo que sea médicamente necesario. En la población infantil se realiza, únicamente, cuando hay una indicación médica justificada demostrando que esta técnica tiene mayores beneficios que otras.
 - La inyección de contraste endovenoso puede presentar reacciones secundarias leves consistentes en sensación de calor en todo el cuerpo, náuseas, urticaria, aumento del ritmo cardíaco, etc. que generalmente no requieren tratamiento y desaparecen en pocos minutos.
 - En algunos casos, la administración de contraste por vía endovenosa, puede provocar flebitis en forma tardía (24 - 48 hs.), extravasación endovenosa de contraste donde la vena podría romperse durante la inyección saliéndose el contraste y acumulándose fuera de la vena. Habitualmente no es peligroso y se soluciona en dos o tres días con tratamiento médico.
 - Si con anterioridad a presentado reacciones adversas previas a compuestos de gadolinio, el riesgo de padecer una nueva reacción es de 8 veces el de la población general, siendo la segunda reacción generalmente de mayor severidad.
 - En pacientes con antecedentes de reacciones previas a medios de contraste iodado el riesgo de padecer una nueva reacción es de 3 veces el de la población general.
 - Personas asmáticas presentan un riesgo de hasta 4% de padecer reacciones adversas.

- En personas con antecedentes alérgicos que requieran medicación se duplica el riesgo de padecer reacciones adversas.
- Las publicaciones sugieren una estrecha correlación entre la administración endovascular de gadolinio en pacientes con insuficiencia renal severa y el posterior desarrollo de FSN (Fibrosis Sistémica Nefrogénica) hasta en el 3% de la población expuesta.
- No hay casos reportados de FSN (Fibrosis Sistémica Nefrogénica) en pacientes con función renal normal.

3 - DECLARACIONES Y FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- Por el presente declaro que como paciente o representante legal he recibido información de un modo claro y sencillo, de forma oral y por escrito acerca del procedimiento que se llevará a cabo.
- El personal Técnico / Médico me ha explicado de forma satisfactoria en qué consiste la práctica, su necesidad y los riesgos inherentes a la misma. Así mismo, he tenido la posibilidad de preguntar y he recibido respuesta satisfactoria a todas mis preguntas.
- Soy informado que el presente Consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento, debiendo informar y documentar tal decisión.
- La decisión que tomo es libre y voluntaria. Entiendo que con la firma de este consentimiento no renuncio a mis derechos en materia de responsabilidad civil por daños.

Por tanto:

- DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO al personal Médico / Técnico abajo firmante para que lleve a cabo el estudio que me indicara mi médico tratante.

- Presto conformidad para la utilización de los datos e imágenes adquiridas de mi Historia Clínica con fines estadísticos, científicos y académicos y a la presencia de observadores los que recibirán tratamiento confidencial y sin individualización conforme a la Ley 25.326.

- Solo para mujeres: Afirmo no estar embarazada, ni sospecho estarlo.

Firma paciente, representante, familiar o tutor: Aclaración: DNI: Mendoza, de De 20.....	Firma Médico / Técnico: Aclaración: Matrícula:
En caso de menores de 13 a 17 años inclusive. Asentimiento del padre, madre o tutor. Firma: Aclaración: DNI:	