

# CONSENTIMIENTO INFORMADO ARTROGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNETICA CON INYECCIÓN DE CONTRASTE GUIADA POR ECOGRAFÍA.



## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

La prueba consiste en la inyección intraarticular de un contraste específico (paramagnético). Se efectúa en un campo estéril con aguja fina, siendo necesario en ocasiones la inyección de anestésico local. La inyección se efectuará guiada por ecografía. Una vez realizada la inyección se realiza la Resonancia Magnética de la articulación.



## BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

La inyección intraarticular del contraste permite una visualización mucho más precisa de los elementos de la articulación (capsula, ligamentos, etc...)

## DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS SECUNDARIOS TÍPICOS DEL PROCEDIMIENTO.

Las complicaciones de estas técnicas son muy poco frecuentes, la complicación más frecuente.

- Puede aparecer dolor articular de varios días de duración que mejora con analgésico habitual.
- Al inyectar puede producir una inyección extraarticular, que en general no requiere tratamiento.
- En casos aislados se puede producir un hematoma que se resuelve con compresión local.
- La infección de la articular (artritis séptica) es muy rara ya que se utiliza la máxima asepsia y todo el material es estéril.
- En muy raras ocasiones puede producir reacciones adversas al contraste y/o al anestésico local que necesiten tratamiento, siendo excepcional que sean severas.
- Existe, aunque raro el riesgo que se produzcan lesiones extraarticulares (vasculares, neurológicas, etc...)

En nuestra clínica contamos con el personal y medios técnicos necesarios para ofrecerle una asistencia urgente.

## DESCRIPCIÓN DE RIESGOS PERSONALIZADOS.

De acuerdo el cuestionario de seguridad y datos sanitarios que nos ha facilitado, los riesgos adicionales que usted asumiría al consentir esta prueba serían: \_\_\_\_\_

Cree usted que en su caso existen otros posibles riesgos que debemos conocer: \_\_\_\_\_

## POSIBLES PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS.

Esta es la opción que su médico considera idónea y de menor Riesgo para definir mejor las lesiones presentes en la articulación. Como procedimiento alternativo, existe la posibilidad de la realización de una artroscopia.

Si después de leer detenidamente este informe desea más información o necesita alguna aclaración, por favor no dude en preguntar al personal sanitario que le atiende. La firma de este consentimiento no cierra por nuestra parte la obligación de informarle durante todo el proceso asistencial, de modo que **usted puede mantener o retirar su consentimiento en cualquier momento.**

**Declaro, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,** que he sido informado de forma comprensible sobre la utilidad, naturaleza y riesgos de los procedimientos mencionados. Quedo satisfecho con la información recibida, con mayor motivo tras haber podido formular las preguntas que he creído convenientes y recibido la información suficiente a todas mis dudas. Se me proporcionará además una copia de este documento si así lo deseo. En consecuencia, **doy mi consentimiento para su realización y acepto los riesgos inherentes al procedimiento que me van a efectuar.** Si surgiera alguna situación imprevisible urgente que requiriese algún procedimiento distinto al que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

En caso de que se produzca pinchazo accidental para un profesional del Centro durante el procedimiento, autorizó la extracción de una muestra sanguínea para la determinación de serología del virus de la Hepatitis B, virus de la Hepatitis C y VIH. Los resultados se tratarán con los criterios de confidencialidad de la relación médico-paciente.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (\*)

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

(Nombre y apellidos del médico y Nº Colegiado)

(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

(\*) Representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

## DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ como paciente (o representante del paciente  
D / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ ), manifiesto de forma libre y consciente mi  
**DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para \_\_\_\_\_ ,  
haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (\*)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del médico y N<sup>o</sup> Colegiado)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
**Retiro la autorización para la realización del procedimiento indicado**, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (\*)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del médico y N<sup>o</sup> Colegiado)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

*En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.*

*Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web [www.resona.es](http://www.resona.es)*