

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTERO RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Se le va a realizar una exploración mediante Resonancia Magnética (RM). Se trata de un estudio que utiliza un potente campo magnético. Por eso, previamente ha rellenado usted un **Cuestionario de Seguridad**. Para la realización de su exploración, es necesaria la administración de un **contraste por vía intravenosa**, que contiene un metal llamado **Gadolinio** (no contiene yodo), que mejora notablemente la información obtenida y permite efectuar un diagnóstico más preciso. Le inyectaremos una pequeña dosis de Glucagon para reducir los movimientos involuntarios del intestino, el glucagón puede estar contraindicado si usted sufre alguna patología _____

Preparación: 5 horas de ayuno. Puede beber agua si necesita tomar su medicación habitual.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

Algunas lesiones, "se tiñen" al introducir un contraste, contribuyendo a definir el tipo de lesión que se está estudiando.

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

La administración de contraste es intravenosa, aunque en raras ocasiones, puede desencadenar una reacción alérgica, cuando se produce, suele ser de aparición inmediata y de carácter leve (urticaria, picor, enrojecimiento, etc...). Es muy improbable que la reacción alérgica sea grave (edema de laringe, caída de la tensión arterial, etc...). La Clínica está dotada de recursos técnicos y humanos para hacer frente a estas situaciones. Existe un Protocolo de Emergencia que contempla estos riesgos. Si ha sufrido alguna reacción alérgica por favor comuníquelo a nuestro personal de Resonancia Magnética.

En pacientes con insuficiencia renal grave, **algunos derivados del gadolinio, (que nuestro CENTRO NO utiliza) pueden producir una enfermedad llamada Fibrosis sistémica.**

DESCRIPCIÓN DE RIESGOS PERSONALIZADOS.

Se recomienda a mujeres gestantes de menos de 3 meses de embarazo la no realización de esta prueba. Si está **EMBARAZADA, ADVIÉRTALO** ya que existen excepciones a esta regla.

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.

En caso de existir contraindicaciones a esta prueba, el radiólogo le informará si existen alternativas a la prueba o si procede realizar el estudio sin contraste.

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 Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____

Fdo.: _____

(Nombre y apellidos del médico y N^o 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^a _____ como paciente (o representante del paciente
D / D^a _____), 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^o Colegiado)

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

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a: _____

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^o 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