

## REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNETICA CON CONTRASTE

Usted va a realizar una exploración de diagnóstico por la imagen, llamada resonancia magnética, que es una técnica que emplea campos y ondas de radio (no se emplea rayos x).

Creemos que esta prueba va a proporcionar información útil para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

Esta prueba puede producir una serie de efectos que debe conocer, con el objetivo de hacer que sea lo más segura posible.

Durante la exploración se pueden producir los siguientes efectos:

- Estimulación neuromuscular, es decir, pequeños calambres (que es improbable que se presente)
- Calentamiento del cuerpo
- Ruido
- Atracción o desplazamiento de cualquier objeto metálico que este dentro o fuera de su cuerpo

Por este motivo debe dejar usted 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 realizar la exploración.

Si es usted mujer, debe informarnos si existe probabilidad de embarazo o está embarazada. Actualmente el riesgo de la RNM durante el embarazo no ha sido demostrado, no habiéndose descrito efectos adversos sobre el embrión/feto en mujeres embarazadas.

Como parte de la exploración, a veces, es necesaria la administración de un medio de contraste (gadolinio). Esta sustancia, tras inyectarse por una vena, permite ver mejor algunos órganos internos, estudiar si tiene lesiones y de qué tipo son. Aunque en casos concretos pueden existir procedimientos diagnósticos alternativos, la información que se obtendría de ellos, podría ser menor o entrañar un mayor riesgo.

En la mayoría de los casos, la inyección intravenosa de contraste no produce molestia alguna, salvo la punción, sin embargo, ocasionalmente pueden producirse efectos secundarios, generalmente de tipo menor, en la misma área de exploración. En casos absolutamente excepcionales pueden darse reacciones graves de tipo anafilactoide que podrían conducir situaciones de mayor riesgo.

Sociedad responsable de esta información: Clínica Parejo y Cañero SL. Con NICA 6779



# CONSENTIMIENTO INFORMADO



Si usted sufre alergia al contraste yodado, a otros fármacos, asma y otras enfermedades respiratorias alérgicas, padece de corazón o tiene insuficiencia renal, debe ponerlo en conocimiento del médico radiólogo encargado de la exploración. Debe saber, que hoy en día no hay ninguna prueba que permita conocer en qué persona se va a producir una reacción adversa al contraste.

Si usted es portador de alguno de estos elementos, debe rellenar estos casilleros (rodeando con un círculo) el que corresponda en cada caso.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| - Marcapasos .....  | SI | NO |
| - Desfibrilador.....  | SI | NO |
| - Válvula cardíaca metálica.....                            | SI | NO |
| - Neuroestimulador.....                                     | SI | NO |
| - Dispositivo intravascular (stent, coil, filtro, tec)..... | SI | NO |
| - Clip de aneurisma.....                                    | SI | NO |
| - Implante en el oído medio u oído interno.....             | SI | NO |
| - Virutas metálicas intraoculares.....                      | SI | NO |
| - Prótesis dental.....                                      | SI | NO |
| - Prótesis/implante metálico.....                           | SI | NO |
| - Catéter intravenoso con metal.....                        | SI | NO |
| - Catéter de derivación ventricular.....                    | SI | NO |
| - Posible embarazo.....                                     | SI | NO |

**PACIENTE:** He leído atentamente la información anterior acerca de la exploración que voy a realizarme y sus posibles riesgos y decido dar mi consentimiento para que se efectúe la prueba.

Los riesgos de la administración intravenosa de contraste han sido aclarados de forma satisfactoria, por lo que decido \_\_\_\_\_ (SI/NO) dar mi consentimiento para que se efectúe la prueba con inyección intravenosa de contraste por los profesionales adecuados que se precise y soy responsable de las consecuencias de mi decisión. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

El paciente D/Dña.: \_\_\_\_\_, F. de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firmado:

Fecha de realización:

