

## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

### **PROCEDIMIENTO: Resonancia Magnética con Gadolinio por vía IV**

La exploración de resonancia magnética a la que va a someterse requiere la utilización de un contraste de Gadolinio que se introducirá a través de una vena, normalmente del brazo, que se ha canalizado previamente con una aguja.

Este contraste está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal o síndrome hepato-renal, según directiva de la D.G. de Farmacia. Si presenta usted algunas de estas patologías comuníquelo al personal de la clínica.

Salvo en estos casos, normalmente este contraste es inocuo y no produce molestias importantes. Excepcionalmente, se han descrito reacciones alérgicas que, en la inmensa mayoría de las ocasiones son leves, sin que exista un análisis previo que nos permita saber en qué personas puede producirse una reacción.

Para realizarse esta prueba, es necesario mantener previamente un tiempo de ayuno, normalmente 6 horas.

Puede hacerse vida normal después de la exploración, y generalmente el contraste no interfiere en ningún tratamiento o terapia que esté siguiendo el paciente.

Si cree que pueda estar embarazada o en proceso de lactancia, por favor, consúltenos.

Como consecuencia del pinchazo, puede aparecer un hematoma subcutáneo en la zona, generalmente pequeño y autolimitado, que desaparecerá en pocos días.

### **AUTORIZACION**

#### **PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL**

D/Dña:.....  
..... con D.N.I. nº: .....

Declaro que he recibido información sobre las características de la prueba y los riesgos que su realización conllevan, así como que estoy satisfecho/a con la información recibida y que la he comprendido.

Decido .....( si/no ) dar mi consentimiento para que se efectúe la prueba por los profesionales adecuados que se precisen, y soy responsable de las consecuencias de mi decisión.

Málaga a.....de.....de .....

**Firma del Paciente  
O Representante Legal**

**Firma del Médico**

**Firma del Testigo**