

PROCEDIMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO RESONANCIA MAGNÉTICA DURANTE EL EMBARAZO.

PROCEDIMIENTO

Se le va a realizar una prueba de Resonancia Magnética (RM) a petición de su médico. La RM es una técnica de imagen que utiliza un campo magnético y ondas de radiofrecuencia. No usa radiaciones ionizantes (rayos X).

En su caso, al estar embarazada, hay que tener en cuenta algunas consideraciones. Por lo general, se acepta que la RM es una técnica segura durante el embarazo, tanto para la madre como para el feto en desarrollo. No hay ningún estudio que haya demostrado que la resonancia magnética produzca efectos secundarios en el feto.

Sin embargo, se recomienda evitar en lo posible la realización de la resonancia magnética en el primer trimestre del embarazo y procurar realizarla en una fase más avanzada del embarazo o después del parto, si ello fuera posible. En general, la exploración de RM a finales del 2º trimestre y en el 3º trimestre se considera segura.

Una hora antes de la realización de la prueba deberá haber tomado un Valium de 5 mg para minimizar el movimiento del feto durante la realización de la resonancia.

Después de la prueba puede realizar su vida con total normalidad.

¿QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

Si ya se han realizado otras exploraciones complementarias, particularmente Ecografía de alta resolución con Doppler para obtener la información que solicita su médico, la única alternativa es la realización de una Resonancia Magnética.

Si se solicita durante el primer trimestre del embarazo se ha valorado que la información que aporta la Resonancia puede ser más importante para el diagnóstico y tratamiento que los riesgos a los que teóricamente se podría exponer el feto. Sin embargo, necesitamos su autorización para poder realizar esta prueba.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no dude en preguntar a nuestro personal.

CONSENTIMIENTO

DATOS DEL PACIENTE:

D/Dña:.....

D.N.I. nº:

Continúa detrás.....

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
El paciente

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPACITADO, DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL:

D/Dña:.....
con D.N.I. nº

Decido **revocar** mi consentimiento..... Firmado.....

Observaciones: _____

Revisado por.....