

PROCEDIMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO RESONANCIA MAGNÉTICA CON GADOLINIO POR VÍA INTRAVENOSA

PROCEDIMIENTO

La exploración de Resonancia Magnética que le ha prescrito su médico requiere la utilización de un contraste basado en Gadolinio. Este contraste se le administra vía intravenosa, normalmente canalizando vena del brazo. Al margen de la leve molestia de la inyección, puede tener un pequeño hematoma residual y en contadas ocasiones puede suceder la rotura de la vena y extravasación del contraste, más probable si padece alguna alteración de su árbol vascular o es paciente oncológico lo cual debe comentar para nuestro conocimiento. Debe usted saber que este medio de contraste es necesario para estudio de su patología y adecuar el tratamiento.

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 inócua 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. (**Reacciones leves**, como náuseas, vómitos, urticaria local... **Reacción moderada** como urticaria generalizada o edema en menos del 1% de los casos. **Reacción grave** como hipotensión o reacción anafiláctica en 1 de cada 100.000 pacientes. Debe saber que el equipo médico y técnico debidamente dotado está a su lado por si necesita asistencia en cualquiera de los casos.

Es necesario mantener previamente un tiempo de ayuno, entre 4-6 horas.

Puede hacer 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.

CONSENTIMIENTO

DATOS DEL PACIENTE:

D/Dña:.....

con D.N.I. nº:

¿Padece usted Insuficiencia Renal? SI NO

Indique, por favor, su peso..... Kg

Continúa detrás.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPACITADO, DATOS DEL 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 conlleva, así como que estoy satisfecho 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

FIRMADO

El paciente o responsable legal

Observaciones _____

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

Revisado por.....