



SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA

La Dirección de este Centro de Resonancia Magnética de Madrid se complace en saludarle y darle la bienvenida y le informa sobre los siguientes aspectos en relación a la exploración diagnóstica que se va a realizar:

La Resonancia Magnética es una prueba de diagnóstico por Imagen que permite obtener imágenes tomográficas en los tres planos del espacio, utilizando un campo magnético de elevada intensidad y ondas de radio por lo que está contraindicada en pacientes con MARCAPASOS. En caso de ser portador de algún tipo de dispositivo electrónico (bombas de infusión de morfina o insulina, electrodos intrarraquídeos), deberá comunicarlo al personal antes de la realización de la prueba. No se utilizan radiaciones ionizantes.

Es una exploración sencilla para el paciente, pues sólo tiene que permanecer en un espacio reducido, durante un tiempo determinado, lo más quieto posible. Durante la prueba, se oirá un ruido rítmico, como de golpes, debido a la técnica de exploración utilizada. La frecuencia y la intensidad de este ruido puede ser variable y es lo único que puede molestar.

La presencia de cierto tipo de implantes metálicos puede suponer un riesgo o producir interferencias que dificulten la posterior interpretación del estudio. Para asegurar que la exploración no está contraindicada en su caso, es necesario conocer algunos antecedentes.

La mayoría de los estudios con Resonancia Magnética se realizan sin contraste. En ocasiones, sin embargo, y para una mayor valoración y delimitación de las lesiones, es necesaria la inyección intravenosa de contraste paramagnético. La legislación vigente exige que el paciente exprese su consentimiento por escrito para la administración de contraste, tras recibir la oportuna información.

El Gadolinio es un medio de contraste específico para la Resonancia Magnética, no guardando ninguna relación con los contrastes yodados utilizados en Radiología. La inyección de medios de contraste está prácticamente libre de riesgos, aunque no exenta por completo de ellos. Estos pueden variar desde discretas molestias como náuseas, vómitos, sensación de calor hasta (un porcentaje muy bajo: 4 por cada 10.000 pacientes) complicaciones mayores: caída de la tensión arterial, colapso, edema de laringe e incluso riesgo vital en una de cada 100.000–150.000 exploraciones (según autores).

En caso de insuficiencia renal grave se ha descrito que en un 2 % de los casos puede desarrollarse una Fibrosis Sistémica Nefrogénica. Las personas mayores de 60 años con hipertensión o diabetes tienen mayor riesgo de padecer algún grado de insuficiencia renal.

Es muy importante que informe si tiene antecedentes alérgicos, o si ha tenido reacciones a medios de contraste, ya que hoy en día no existe ninguna prueba que permita conocer en qué personas se va a producir una reacción alérgica al contraste.

Deberá seguir las indicaciones del personal; en caso de llevar dentadura postiza, horquillas, prótesis auditivas, gafas, reloj, tarjetas de crédito, peluca, pendientes, u otros objetos metálicos, deberá despojarse de ellos.

CONSENTIMIENTO EN CASO DE INCAPACIDAD DEL PACIENTE

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter con el que interviene*(padre, madre, tutor, etc). (*) Táchese lo que no proceda.

Nombre:..... D.N.I:.....

Firma,

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Firma,

DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./Dña.

Ante los testigos abajo firmantes expreso mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO a la realización de la Resonancia Magnética propuesta por el motivo de:haciéndome plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que puedan derivarse de esta decisión, expresada de forma libre y consciente.

Madrid, a de de

Firma del paciente o su representante,

Firma testigos

En el caso de NEGATIVA DE LA FIRMA del presente documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO, la misma se hará constar a continuación con firma del médico presente y ante testigos.

D./Dña.

Como médico responsable del Centro de Resonancia Magnética, deja constancia ante los testigos firmantes que D./Dña.se ha negado a firmar dicho documento.

Firma del médico, nº Colegiado

Firma testigos,

Le informamos que PROMOCIONES TECNICAS MÉDICAS, S.A tratará los datos personales facilitados, con la finalidad de gestionar la prestación del servicio médico requerido y cumplir con las obligaciones legales derivadas de la actividad del Centro. La base legitimadora para el tratamiento de datos es el cumplimiento de la relación contractual y el cumplimiento de obligaciones legales. Los datos que se le solicitan resultan necesarios, de manera que, de no facilitarlos, no será posible la prestación del servicio. Si la asistencia sanitaria se realizara en base a conciertos con entidades aseguradoras y hospitales públicos o al amparo de pólizas o coberturas de las que Ud., como paciente, sea beneficiario, el Centro podrá facilitar la información de los servicios prestados a las mismas, pues resultan imprescindibles para tal cobertura y su facturación. Asimismo, podrán cederse sus datos al Servicio Madrileño de Salud en los casos previstos legalmente, especialmente en supuestos de inspección sanitaria. Los datos serán conservados durante la relación contractual, y tras finalizar esta tras los periodos legalmente establecidos.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos en cualquier momento en la siguiente dirección acreditando debidamente su identidad: C/ General Arrando 30, Madrid; C.P. 28010, o bien a través de la siguiente dirección de e-mail: info@protecmesa.es Igualmente puede reclamar ante la Agencia Española de Protección de datos en www.agpd.es si entiende vulnerados sus derechos.



SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA

J Apellidos:..... Domicilio:.....
J Nombre:..... Provincia: :.....
J Fecha de nacimiento: C. Postal:.....
J Peso:.....Teléfono:..... D.N.I.:... Fecha:.....

SEÑALE CON UNA CRUZ (X) DONDE CORRESPONDA EN SU CASO:

	SI	NO		SI	NO
- Portador de marcapasos:			- Portador de prótesis metálicas:		
- Portador de válvulas cardiacas:			- Portador de cuerpos extraños en los ojos:		
- Portador de clips quirúrgicos:			- Claustrofobia:		
- Es / ha sido trabajador del metal?:			- Operación o cirugía: (citar a continuación)		
- Portador de implantes cocleares(oído):			- Insuficiencia Renal: MODERADA		
- Alérgico a algo ? :			- Insuficiencia Renal: GRAVE		
- Embarazo: (*)			- Otros (especificar a continuación):		

(*): En caso de contestar afirmativamente o sospechar estar embarazada solicite la hoja informativa y consentimiento adicional.

Con el fin de poder darle un mejor servicio, le rogaríamos que nos indicara cualquier operación que haya tenido o tratamiento que a usted le estén haciendo actualmente o cualquier otro dato que crea que debemos conocer:

.....
.....
.....

LA RESONANCIA MAGNÉTICA NO SE PUEDE REALIZAR A
PERSONAS PORTADORAS DE MARCAPASOS

D./Dña.

MANIFIESTO que he leído la hoja de información que me han dado y he sido informado de la prueba que me van a realizar y, DECLARO que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, y que me han aclarado todas las dudas planteadas. El titular autoriza a que sus datos de salud sean tratados en nuestra base de datos con el fin de poder realizar la prueba de Resonancia. Las respuestas a las preguntas planteadas tienen carácter obligatorio, en caso de no suministrar los datos anteriores, no podremos atender la realización de la prueba. El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo. El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a la compañía cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

En consecuencia, **(firme sólo en uno de los dos, donde Vd. Prefiera)**

J **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de la exploración de Resonancia Magnética y **AUTORIZO** al personal del centro para la inyección de contraste paramagnético (Gadolinio) en caso de ser necesaria para completar el estudio. Me reservo la capacidad de revocarlo en cualquier momento.

Firma del paciente o su representante,

Firma del médico, nº Colegiado

J **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de la exploración de Resonancia Magnética y **NO AUTORIZO** al personal del centro para la inyección de contraste paramagnético (Gadolinio). Asumo que el estudio sin contraste puede resultar incompleto. Me reservo la capacidad de revocarlo en cualquier momento.

Firma del paciente o su representante,

Firma del médico, nº Colegiado