

Consentimiento informado para
RESONANCIA MAGNÉTICA SIN CONTRASTE

Apellido y Nombre del paciente:..... Fecha:/...../.....
D.N.I: Hora: Domicilio:

Usted se va a efectuar un exámen de diagnóstico por imágenes denominado RESONANCIA MAGNÉTICA SIN CONTRASTE, tal como se lo solicitara su médico tratante, quién evaluó los riesgos/beneficios de su realización.

El equipo de resonancia magnética utiliza un imán potente y radioondas para producir imágenes del interior del cuerpo. El procedimiento es como una exploración por tomografía computada. Le pedirán que se acueste en una camilla estrecha, larga y por cierta cantidad de tiempo (hasta un máximo de una hora) mientras que la máquina recopila datos. Durante este tiempo no estará expuesto a radiación, sino a un campo magnético y a las radioondas. Usted no sentirá nada. El estudio es totalmente indoloro. Sin embargo, oirá ruidos repetidos que golpean ligeramente, los cuales se presentan en la antena de radio al rededor del cuerpo. No debe preocuparse por ello ya que es normal. El espacio dentro del imán en el cual entra es algo confinante, aunque hemos tomado muchas medidas para resolver la sensación de “claustrofobia”. En caso de que desee que el estudio se suspenda, lo podrá así solicitar en cualquier momento. Deberá usted hacer una señal inequívoca al personal técnico y/o médico a cargo. Sin embargo, debemos avisarle que la suspensión impedirá la realización del estudio que su médico nos solicitara. No se le suministrará anestesia alguna salvo que así específicamente se le hubiera prescripto, en cuyo caso usted será informado previamente. El magnetismo y radioondas no causan efectos dañinos en los niveles usados en la máquina de resonancia magnética. Serán seguidas las guías y recomendaciones nacionales e internacionales para la operación de estos equipos médicos. Sin embargo, debido a que la resonancia magnética utiliza un imán muy fuerte que atrae el metal, todos los objetos metálicos deben quitarse de su cuerpo antes de que usted se acerque al explorador. Además, los relojes, teléfonos celulares y tarjetas de crédito deben también ser quitados pues podrían ser dañados. Estos artículos se guardarán y se le serán devueltos a la finalización del estudio.

RIESGOS POSIBLES

Si usted tiene alguna historia de lesión de la cabeza o del ojo que involucrara fragmentos de metal, si usted ha trabajado alguna vez con metales, si usted tiene algún tipo de **dispositivo eléctrico implantado (tal como marcapasos cardíacos)**, si usted tiene enfermedad cardíaca severa (incluyendo susceptibilidad a las arritmias) si usted está usando frenos en sus dientes o **si es mujer, y pudiese estar embarazada o tuviere alguna sospecha (aún mínima) usted no debe someterse a un estudio de resonancia magnética**, salvo que se lo indique su médico, por razones imperiosas de diagnóstico.

Ahora le solicitamos que conteste el siguiente cuestionario antes de su ingreso a la sala para la realización del estudio correspondiente. Recuerde que debido a la presencia de un importante campo magnético no pueden bajo ningún aspecto ingresar a la sala en donde se realizará el estudio personas con Marcapasos Cardíacos, Neuroestimuladores, fragmentos metálicos y alguna variedad de prótesis. Asimismo, es recomendable no ingresar con elementos que puedan ser afectados por el magnetismo reinante tales como tarjeta de crédito, cassettes o cintas previamente magnetizadas.

Continúa

CONSENTIMIENTO

1. Antecedentes

SI NO

- ¿Tiene usted antecedentes de enfermedad renal grave o está en diálisis? SI NO
- ¿Tiene usted antecedentes de Diabetes? SI NO
- ¿Tiene usted antecedentes de Hipertensión? SI NO
- ¿Tiene usted asma o severos antecedentes de Alergia? SI NO
- ¿Tiene usted síntomas de claustrofobia? SI NO
- ¿Se ha realizado anteriormente un estudio de RMN?
¿En qué fecha?/...../..... SI NO

2. ¿Cuál es el motivo por el cual su médico le pide este estudio?

.....

3. ¿Ha sido sometido a intervenciones quirúrgicas? En caso afirmativo sírvase indicar cuáles (en lo posible la región, la causa y la fecha)

.....

4. ¿Tiene usted en su poder estudios anteriores en relación a esta práctica? Marque con una cruz los que nos presenta y deja en custodia:

- Radiografías Ecografías Cámara Gamma Tomografía Axial Computada
 Resonancia Magnética Nuclear

5. ¿Posee en su cuerpo implantes de metal como productos de cirugías anteriores o fragmentos metálicos de algún tipo? En caso afirmativo, sírvase indicar cuáles marcando con una cruz:

- Marcapasos Neuroestimuladores Audífonos Prótesis (dental, óseas u otras)
 Clips, Stents o Materiales Quirúrgicos Metálicos Otros elementos metálicos

Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi eventual patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quien evaluó que el presente estudio es el mejor y más apto para mi condición. También se me aclaró que puedo revocar este consentimiento y solicitar suspender o rechazar totalmente la realización del estudio en cualquier etapa del procedimiento si así lo deseo con sólo hacer saber de ello. Por supuesto que la suspensión operará en el momento en que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi médico tratante.

Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u

Continúa

otros familiares directos del paciente.

SI - NO Autorizo a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir sus resultados (incluso junto a otros) en revistas médicas o ámbitos científicos. Se garantizó que mi identidad quedará absolutamente resguardada.

Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este consentimiento las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen sus domicilios en los que aquí constan donde serán válidas todas las comunicaciones. El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L y será guardado y resguardado por éste, durante el plazo de ley, quién así se constituye en su depositario.

CONSENTIMIENTO

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada una **RESONANCIA MAGNÉTICA SIN CONTRASTE**. (tachar lo que no corresponda).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, de de

Testigo

Paciente

D.N.I

Firma

D.N.I

Firma

Representante legal

Médico

D.N.I

Firma

Nº Matrícula

Firma

CONSENTIMIENTO