



La Persona que posee MARCAPASOS CARDIACOS, NO puede realizarse este estudio, ni ingresar como acompañante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA Resonancia Magnética por Imágenes (RMI)

Tachar lo que no corresponda

Paciente (nombre y apellido):
 Edad:HC:
 Estudio a realizar:Médico que lo remite.....

El médico responsable de la atención de su hijo/a ha solicitado un estudio por imágenes, habiendo evaluado que los hallazgos a obtener justifican su realización. El mismo requiere de la inyección de una sustancia de contraste que permite resaltar estructuras que no son visibles o son poca nítidas en los estudios comunes, facilitando así la obtención de un diagnóstico adecuado.

El agente de contraste se inyecta en un vaso sanguíneo (vena o arteria) a través de una aguja o un catéter, si fuera necesario. Este procedimiento puede resultar molesto pero es habitualmente inocuo. Sin embargo existen ciertos riesgos. Puede ocurrir irritación y/o infección de los tejidos de la zona. Otras veces, ocasionalmente, algún paciente desarrollan una reacción. Los mecanismos de estas reacciones son múltiples y no todas sus causas bien conocidas.

En cambio, se sabe que los pacientes que padecen alguna de las afecciones señaladas en el cuestionario tienen mayores posibilidades de presentarlas, por lo que deben ser identificados para adecuar las medidas de prevención.

Finalmente, los medios de contraste que utilizamos son los mas seguros y de mejor calidad . El hospital cuenta con personal entrenado y medios adecuados para tratar los casos en que se presenten estas reacciones que son poco frecuentes.

Una persona embarazada o que tenga posibilidad de estarlo no debe permanecer junto al paciente mientras se realiza el procedimiento.

Si se requiere que el paciente reciba anestesia, la misma es realizada por médicos especialistas que le explicaran los procedimientos y riesgos.

Usted tiene el derecho de formular a los profesionales todas las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas. Una vez satisfechos sus requerimientos deberá manifestar que ha comprendido los riesgos y consiente el procedimiento, autorizando su realización. A tales efectos deberá completar los siguientes datos:

| CUESTIONARIO (marcar con una cruz la respuesta que corresponde): | SI | NO | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|----|--|
| Ha realizado alguna vez estudios radiológicos con inyección de contraste? | | | |
| Presentó reacciones adversas en algún estudio anterior? | | | |
| Tiene antecedentes de enfermedades: | | | |
| cardíacas? | | | |
| renales? | | | |
| hepáticas? | | | |
| tiroideas? | | | |
| asma bronquial? | | | |
| alérgicas? | | | |
| diabetes? | | | |
| miastenia gravis, mieloma o feocromocitoma ? | | | |
| hematológicas? | | | |
| Consumo medicamentos? | | | |

Cuáles medicamentos?.....

Fecha de última menstruación de la

| | |
|----------|-------------|
| Paciente | Acompañante |
| | |



Marcar en estos dibujos la ubicación de cualquier objeto metálico en el interior de su cuerpo o en el sitio de una operación quirúrgica

Algunos de los siguientes elementos pueden ser peligrosos para la seguridad del paciente o interferir durante el estudio, si tiene alguno **no entre a la Sala de Resonancia**

| CUESTIONARIO (marcar con una cruz la respuesta que corresponde): | SI | NO | TIPO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------|
| Ha sido lesionado por un objeto/cuerpo extraño metálico (por ejemplo, bala, balín, metralla) | | | |
| Ha sufrido alguna vez una lesión causada por la introducción de un objeto metálico en el ojo (astillas o virutas metálicas, otros objetos metálicos) | | | |
| Tiene suturas metálicas o ganchos en piel?? | | | |
| Marcapaso Cardíaco (o si lo tenido anteriormente) | | | |
| Un implante electrónico, mecánico o magnético de cualquier tipo | | | |
| Desfibrilador cardíaco implantado | | | |
| Pinza(s) para aneurisma (Clips) | | | |
| Válvula cardíaca artificial (prótesis) | | | |
| Neuroestimulador | | | |
| Bioestimulador | | | |
| Electrodo(s) o alambre(s) interno(s) | | | |
| Implante coclear, audífono o cualquier tipo de implante en el oído | | | |
| Cualquier tipo de espiral (coil), filtro o endoprótesis vascular, uretral o de otro tipo (stent) | | | |
| Bomba implantada de medicamentos (por ejemplo, insulina, Baclofen, quimioterapia, medicina para el dolor) | | | |
| Cualquier acceso intravenoso (por ejemplo, Broviac, Port-a-Cath, Hickman, PIC) | | | |
| Shunt intraventricular – espinal | | | |
| Shunt valvular programable | | | |
| Coil (tratamiento embolizante) | | | |
| Implante peneal | | | |
| Prótesis ocular | | | |
| Resorte para párpado | | | |
| Aparato de fijación espinal | | | |
| Procedimiento de fusión espinal | | | |
| Cualquier tipo de pinza o grapa quirúrgica | | | |
| Chaleco “Halo Vest” | | | |
| Prótesis en brazo, pierna o prótesis de articulación | | | |
| Expansor de tejido (por ejemplo, de la mama) | | | |
| Malla quirúrgica | | | |
| Cualquier dispositivo implantado quirurgico(varillas, tornillos, clavos,barras,placas,ganchos) | | | |
| Cualquier otro tipo de dispositivo implantado | | | |
| Parche medicamentoso (por ejemplo, nitroglicerina, nicotina,estrógenos) | | | |
| Isotopos radioactivos (por ejemplo, para tratamiento del cáncer) | | | |
| Diafragma, DIU, pesario | | | |
| Perforación corporal (<i>body piercing</i>) | | | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Dentadura removible, dientes postizos o placa parcial | | | |
| Tatuajes o delineador tatuado para los ojos (placas, alambres) | | | |
| Accesorios de cualquier tipo para el pelo (hebillas, horquillas, ganchitos, peluca) | | | |
| Joyas | | | |

Si ha sido operado o intervenido. Indique la fecha.....

Habiendo comprendido todo lo explicado acepto que se le realice el procedimiento diagnóstico / terapéutico solicitado y autorizo a los médicos de imágenes a tomar las medidas que crean oportunas para tratar las posibles reacciones adversas que eventualmente se le presenten

Firma

Persona autorizante (nombres y apellido):.....

Documento:..... Fecha:.....

Parentesco, representación o carácter legal invocado:.....

Firma del médico/a enfermera/a técnico/a _____

Para uso del Servicio de Imágenes

Fecha del estudio o procedimiento.....

Estado del paciente al iniciar el procedimiento.....

.....

Premedicación:.....

.....

Sustancia de Contraste:.....

Anestesia:.....

.....

Reacciones durante el procedimiento, tratamiento instituido:.....

.....

Estado del paciente al finalizar el procedimiento:.....

.....

.....

Médico a cargo del procedimiento:.....

Lista de Verificación de Peligros por el Personal de RMI

- | SI | NO | |
|-----|-----|------------------------------------------------------------|
| ___ | ___ | Tubo endotraqueal |
| ___ | ___ | Catéter Swan-ganz |
| ___ | ___ | Dispositivo extraventricular |
| ___ | ___ | Transductor de línea arterial |
| ___ | ___ | Catéter Foley con sensor de temperatura y/o pinza metálica |
| ___ | ___ | Sonda rectal |
| ___ | ___ | Sonda esofágica |
| ___ | ___ | Tubo de traqueotomía |
| ___ | ___ | Alambres de guía |

Firma del Médico, Técnico o Enfermera