

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA CON O SIN ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE Y USO DE ANESTÉSICOS.**

**INFORMACIÓN AL PACIENTE:**

La Resonancia Magnética es un método de imagen que permite obtener información de áreas del organismo por medio de un gran imán y emisión de ondas de radiofrecuencia. Ud. debe saber lo siguiente:

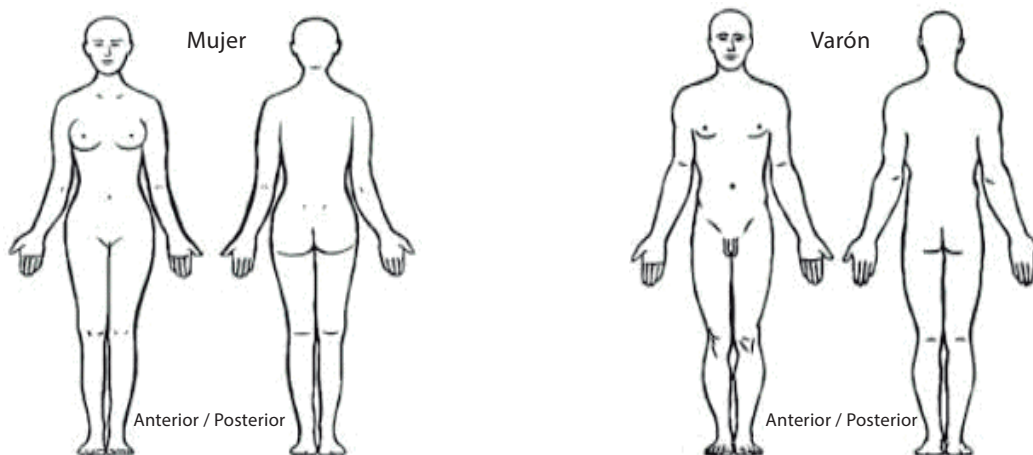
- 1- El estudio puede durar, según la patología y órgano a estudiar, en ocasiones, hasta 1 hora.
- 2- Es una técnica muy sensible a los Movimientos, por ello es muy importante que permanezca inmóvil durante todo el tiempo que dure la exploración y este relajado.

- 3- Durante la prueba oírás un ruido continuo de ritmo cambiante, por lo que se le administrará unos tapones para evitar esa posible molestia.
- 4- Estará siempre en contacto con el personal técnico a través de un sistema de comunicación que le permitirá hablar y oír al operador del aparato en todo momento.
- 5- Si Ud. es portador de un marcapasos cardíaco, ¡¡NO se le puede realizar el estudio con Resonancia Magnética!!
- 6- No debe entrar en la sala con relojes, anteojos, audífonos, prótesis dentales, objetos metálicos, tarjetas magnéticas, maquillaje.

**POR FAVOR RESPONDA AL SIGUIENTE CUESTIONARIO QUE CONCIERNE A LA PREPARACIÓN PARA LA RESONANCIA MAGNÉTICA, MARQUE CON UNA X SI ES PORTADOR DE ESTOS ELEMENTOS:**

<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> NEUROESTIMULADOR	<input type="checkbox"/> OBJETO METÁLICO O ESQUIRLAS BALAS, PERDIGONES DE PLOMO
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS METÁLICAS	<input type="checkbox"/> VÁLVULAS DE DERIVACIÓN	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTE TRABAJO SOLDADURA, O VIRUTA METÁLICA
<input type="checkbox"/> VÁLVULA CARDIACA	<input type="checkbox"/> GRAPAS O SUTURAS METÁLICAS	<input type="checkbox"/> DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS: CADERA, COLUMNA, ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/> CATÉTERES Y FILTRO VASCULARES	<input type="checkbox"/> DELINEADOR DE PÁRPADOS PERMANENTE
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS DENTALES	<input type="checkbox"/> PRÓTESIS: OÍDOS, AUDÍFONOS	<input type="checkbox"/> TATUAJES Y/ O PIERCINGS
<input type="checkbox"/> IMPLANTES, APARATOS		

**SI LA RESPUESTA ES POSITIVA, INDIQUE EL ÁREA DEL CUERPO DONDE SE ENCUENTRA:**



MARQUE CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA	¿Está embarazada o cree que puede estarlo?	SI	NO
	¿Tiene fiebre, anemia hemolítica o ataques epilépticos?	SI	NO
	¿Tiene problemas de claustrofobia (miedo a los espacios cerrados)?	SI	NO
	¿Se a realizado previamente estudios con contraste?	SI	NO
	¿La aplicación de contraste le produjo alguna reacción?	SI	NO

## USO DE MEDIOS DE CONTRASTE

Estas sustancias, tras inyectarse por una vena, permiten ver mejor algunos órganos internos y ayudan a diagnosticar posibles patologías. Los contrastes paramagnéticos son considerados fármacos muy seguros. En la inmensa mayoría de los casos, la inyección intravenosa de contraste no produce molestia alguna, sin embargo, ocasionalmente, pueden producirse efectos secundarios adversos, tales como: malestar, dolor de cabeza, náuseas, etc. Es importante que nos comunique cuando acuda a realizarse la prueba si le han realizado previamente estudios con contraste, y si hubo alguna reacción.

En casos especiales en que el estudio exija que el paciente esté dormido, se administrará anestesia según criterio del médico anesthesiólogo.

### SI REQUIERE ASESORAMIENTO NO DUDE EN CONSULTARNOS A:

Tel. directo: 0388 - 4241922 | Tel. Hosp. Héctor Quintana: 4245005 int 30 | [turnosimagenes@fhnjujuy.org.a](mailto:turnosimagenes@fhnjujuy.org.a)

## ¿QUE PREPARACION ES NECESARIA PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO?

A- SI EL ESTUDIO ES SIN CONTRASTE Y SIN ANESTESIA NO ES NECESARIO ESTAR EN AYUNAS, NI TAMPOCO PREPARACIÓN ESPECIAL ALGUNA.

B- ESTUDIO CON CONTRASTE (ORAL O INTRAVENOSO) CON O SIN ANESTESIA, REQUIERE AYUNO PREANESTÉSICO:

(Guía de OMS)

LIQUIDOS CLAROS: Agua, Té, jugos de fruta sin pulpa, (No contienen proteínas ni grasas) BEBER HASTA 2 A 3 HORAS ANTES DEL ESTUDIO EN CANTIDAD MODERADA

LECHE MATERNA (HUMANA): contiene agua, grasa y proteínas de rápida absorción y eliminación del contenido gástrico: BEBER HASTA 3 A 4 HORAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO.

ALIMENTOS SOLIDOS: Pan, frutas, leche, carnes, pastas, golosinas (contienen proteínas y grasas, la leche de vaca y fórmulas se consideran sólidos y retardan el contenido gástrico. COMER HASTA 5 A 6 HORAS ANTES DEL ESTUDIO.

RESONANCIA DE ABDOMEN (Adultos): Requiere preparación especial, se notificará por correo electrónico o en ventanilla de turnos.

MATERIALES PARA EL ESTUDIO: qué debe traer para la realización del estudio?

Buttefly N° 24 G por 1 (uno)

Jeringas descartables de 20 cc por 1 (uno)

Medio de contraste: Gadolinio por 15 ml x un (1) frasco.

Deberá traer todos los estudios realizados con anterioridad: ecografía, radiografía, estudios contrastados, resultados de biopsia.

Presentarse en ventanilla 15 minutos antes del horario turno del estudio, para presentar documentación: consentimiento informado firmado o firmar el mismo en ventanilla, pedido del médico con diagnóstico y firma del profesional, orden autorizada de obra social, turno del estudio, DNI y documento de obra social.

Realizado el procedimiento le será entregado un CD con el estudio correspondiente.

EL INFORME MÉDICO ESTARA DISPONIBLE EN 72 HS. PODRÁ RETIRARLO EN LA FHN JUJUY O SI SU MÉDICO DESEA RECIBIRLO POR CORREO ELECTRÓNICO ANOTE SU DIRECCIN.

Email: \_\_\_\_\_

**SI DECIDE NO REALIZARSE EL ESTUDIO SE RUEGA SUSPENDER EL MISMO CON 48 HS DE ANTICIPACIÓN. A FIN DE REPROGRAMAR A OTRAS PERSONAS QUE LO REQUIEREN.**

He leído atentamente la información anterior y mis dudas sobre la realización y los riesgos de la prueba de Resonancia Magnética y el contraste paramagnético han sido aclarados de forma satisfactoria. DECIDO DAR / NO DAR EL CONSENTIMIENTO para que se practique la mencionada prueba con administración de contraste si es necesario, y soy responsable de las consecuencias de mi decisión, pudiendo retirar el Consentimiento cuando yo desee.

SAN SALVADOR DE JUJUY, FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

F. NAC: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

### DATOS DE FAMILIAR/TUTOR

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

F. NAC: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_