ANEXO DE VERIFICACIÓN E INFORMACIÓN PARA PACIENTE EMBARAZADA
RM SIN CONTRASTE

☑ DATOS DE LA PACIENTE

Semana gestacional referida por la paciente: _____

☑ INFORMACIÓN PARA LA PACIENTE

La Resonancia Magnética (RM) es una técnica diagnóstica que no emplea radiación ionizante.

En este centro, y siguiendo las recomendaciones actuales, la realización de estudios de RM sin contraste puede llevarse a cabo únicamente a partir del segundo trimestre de gestación, siempre que exista indicación clínica.

☑ En este estudio NO se administrará contraste intravenoso.

☑ La exploración únicamente se realizará si la paciente puede mantener de forma segura y tolerable la posición requerida para la prueba.

☑ La prueba podrá suspenderse o no realizarse si no se garantizan condiciones adecuadas de seguridad, tolerancia o calidad diagnóstica.

☑ CONFIRMACIONES DE LA PACIENTE

☐ He informado de mi situación de embarazo al personal sanitario.

☐ He recibido información comprensible sobre la realización de la RM durante el embarazo.

☐ Comprendo que la exploración se realizará sin contraste intravenoso.

☐ He podido realizar las preguntas que he considerado necesarias.

☑ **Declaro haber leído y comprendido la información anterior.**
☑ **Confirmo que la información proporcionada es veraz.**
☑ **Me comprometo a seguir las indicaciones del personal sanitario.**

🗓️ **Fecha:** _____
🎂 **Fecha de nacimiento:** _____
📄 **Nombre y apellidos de la paciente:** _____
🆔 **DNI/NIE/Pasaporte:** _____
✍️ **Firma de la paciente:** _____