INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS DE RM CON CIV

D/Dña:.....con D.N.I.....

está citado/ el día / / 202 a las ..... horas para la realización de una Resonancia de.....(indique parte del cuerpo).

Fecha de Nacimiento:.....Peso Aproximado.....

USTED DEBE SABER:

Su especialista ha solicitado un RM que requiere la inyección intravenosa de un medio de contraste (Gadolinio), al considerar que esta es la prueba diagnóstica más adecuada en relación a su patología,

Los contrastes de RM (gadolinio) de los que disponemos en la actualidad pueden provocar la aparición de reacciones adversas en escasas ocasiones, dato que usted debe conocer.

Estas reacciones adversas son diversas, de mayor o menor importancia, y figuran a continuación:

1. Reacciones leves/moderadas: constituyen la mayoría de ellas. Consisten en sensaciones desagradables como náuseas, vómitos, picores o urticaria.
2. Reacciones graves: incluyen dificultad respiratoria, arritmia cardiaca, convulsiones, insuficiencia renal o pérdida de conciencia. La probabilidad de que se produzcan es del 0,04% (4 de cada 10.000 pacientes).
3. Riesgo Vital: es excepcional. La posibilidad de que ocurra es de 1 de cada 100.00 – 150.000 pacientes.
4. Reacciones derivadas por la extravasación del contraste. En ocasiones, el medio de contraste puede salir accidentalmente de la vía intravenosa y acumularse en los tejidos blandos circundantes, lo que puede provocar molestias o inflamación local.

En caso de que se produzca alguna de estas situaciones, se aplicarán de inmediato las medidas necesarias para su correcto tratamiento y seguimiento.

Para la administración del contraste deberá estar en ayunas de 2 horas.

Si necesita alguna aclaración o explicación adicional, no dude en solicitársela al personal sanitario que le atiende.

CUESTIONARIO MÉDICO PREVIO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE

Por favor, marque la respuesta correspondiente en cada caso:

- **Reacciones Adversas y Alergias**

Pregunta	☑ Sí	✗ No
¿Ha tenido alguna reacción adversa previa a un medio de contraste?	☐	☐
¿Es alérgico/a a algún medicamento? Especifique cuál: _____	☐	☐
¿Padece alguna enfermedad renal diagnosticada y/o está en tratamiento con diálisis?	☐	☐
¿Padece alguna enfermedad importante? Especifique cuál: _____	☐	☐

- **Otras Condiciones Médicas Relevantes**

Indique si padece alguna de las siguientes condiciones médicas:

Condición	☑ Sí	✗ No
Asma	☐	☐
Está embarazada o cree que pueda estarlo	☐	☐
¿Ha sido madre recientemente y está en periodo de lactancia?	☐	☐

Nota: La administración de contraste no produce efectos nocivos en el bebé. Sin embargo, puede alterar el sabor de la leche materna.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:

- He sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo.
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar la denegación si esto llegara a suceder.

Fecha:…….

Nombre del paciente……D.N.I……. Firma del médico
(firma)

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Nombre:.....D.N.I. .....
(Firma)

En calidad de ..... autorizo la realización del procedimiento.

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para la realización de la prueba/para la administración de medio de contraste, ***(táchese lo que no proceda)*** haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.
Motivo:.....
.....
Nombre paciente,……D.N.I……Firma testigo, Firma Médico,
(firma)

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

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

En calidad de ..... deniego la autorización para la realización del procedimiento.