

HOJA DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA PACIENTES CON ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA

D/Dª _____ está citado/a el día _____ a las _____ horas. Le advertimos que su exploración puede retrasarse por circunstancias imprevisibles.

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

- 1) El estudio puede durar más de una hora.
- 2) Esta técnica es muy sensible a los movimientos, por ello es muy importante que el paciente permanezca inmóvil el tiempo que dure la exploración, respirando con normalidad. Cualquier movimiento puede obligar a repetir todo el estudio.
- 3) Los niños pequeños pueden necesitar sedación o anestesia general.
- 4) Durante la prueba oír un ruido continuo de ritmo cambiante que podría llegar a ser molesto.
- 5) Hay un sistema de comunicación que le permite hablar y /u oír al operador del aparato en todo momento.
- 6) En ocasiones es necesario el uso de contraste intravenoso (Gadolinio-DTPA). Se ha descrito una entidad denominada FIBROSIS SISTÉMICA NEFRÓGENICA en pacientes con INSUFICIENCIA RENAL GRAVE o que han recibido o van a recibir un TRANSPLANTE HEPÁTICO si se someten a exploraciones con contrastes de gadolinio, y que podría contraindicar la prueba de contraste. En el caso de que se encuentre en alguna de estas situaciones debe hacerlo saber para valorar la conveniencia de realizar la prueba. Otros posibles efectos secundarios del gadolinio son excepcionales.
- 7) Si es usted portador de un marcapasos cardíaco o de grapas quirúrgicas para aneurismas cerebrales no puede realizarse el estudio con Resonancia Magnética.
- 8) No se debe entrar en la sala con relojes, gafas, lentillas, audífonos, prótesis dentales, objetos metálicos (horquillas, imperdibles, pendientes, medallas, anillos, cinturón, etc.) Las tarjetas con banda magnética (de crédito, abono transporte, cartilla de ahorro, etc....) pueden ser borradas si se introducen en la sala de exploración. Le aconsejamos que deje en su casa lo que no necesite.
- 9) No debe usar maquillaje, sombra de ojos, rimel, laca, aerosoles analgésicos, etc., ya que pueden alterar mucho a la calidad de la imagen y pueden producir irritación local.
- 10) Algunos objetos y/o circunstancias pueden contraindicar la exploración.

Por favor, responda el siguiente cuestionario que concierne a la preparación para la Resonancia Magnética. Indique si es portador de (marque con una cruz):

<input type="checkbox"/>	Marca pasos	<input type="checkbox"/>	Bomba de infusión de medicamentos	<input type="checkbox"/>	Neuroestimulador
<input type="checkbox"/>	Grapas para aneurismas cerebrales	<input type="checkbox"/>	Prótesis metálicas	<input type="checkbox"/>	Bala, perdigón, metralla
<input type="checkbox"/>	Grapas quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	**cardíacas	<input type="checkbox"/>	Esquirla metálica ocular u orbitaria
<input type="checkbox"/>	Válvulas de derivación	<input type="checkbox"/>	**ortopédicas	<input type="checkbox"/>	Dispositivo intrauterino
<input type="checkbox"/>	Suturas metálicas	<input type="checkbox"/>	**oído	<input type="checkbox"/>	Estimulador de crecimiento óseo
<input type="checkbox"/>	Filtros vasculares	<input type="checkbox"/>	**globo ocular	<input type="checkbox"/>	Diafragma
<input type="checkbox"/>	Alambres de embolización	<input type="checkbox"/>	**dental	<input type="checkbox"/>	Tatuaje
<input type="checkbox"/>	Catéteres	<input type="checkbox"/>	**otras (vascular, biliar, etc.)	<input type="checkbox"/>	

INDIQUE ADEMÁS SI:

- Está embarazada o cree que puede estarlo.
- Tiene fiebre, anemia hemolítica o ataques epilépticos.
- Ha trabajado expuesto a fragmentos metálicos (tornos, fundición, etc.)

Si usted tiene problemas de claustrofobia (miedo a los espacios cerrados) o si pesa más de 120 Kilos háganoslo saber. Para cualquier pregunta o duda, el personal del centro se encuentra a su disposición.

Habiendo sido informado de los requisitos necesarios para la realización de una exploración por Resonancia Magnética y estando conforme con los mismos, accedo a la realización del estudio.

FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE

DNI.....

FECHA.....

El día de la exploración deberá traer esta hoja firmada. Por favor, no olvide venir con sus estudios previos de imagen (TAC, ecografía, etc.).