

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO HOSPITAL U. VIRGEN DEL ROCÍO	UGC RADIODIAGNÓSTICO
--	---------------------------------

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA RESONANCIA MAGNÉTICA.

Usted va a realizarse una exploración de diagnóstico por imagen llamada Resonancia Magnética que es una técnica que emplea campos magnéticos y ondas de radio. No se emplean rayos X. Creemos que esta prueba va a proporcionar información útil para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

Esta prueba puede producir una serie de efectos colaterales que usted debe conocer con el objetivo de hacer que sea lo más segura posible para usted.

Durante la exploración se pueden producir los siguientes efectos:

- Estimulación neuromuscular (pequeños calambres) que es improbable se presenten.
- Calentamiento del cuerpo
- Ruido
- Atracción o desplazamiento de cualquier objeto metálico que esté dentro o fuera del cuerpo. Por este motivo debe usted dejar fuera de la sala de exploración cualquier objeto metálico que lleve consigo. Si es portados de algún cuerpo extraño, implante o prótesis interna que pueda tener algún componente metálico, mecánico o electrónico en su composición no debe entrar en la sala del imán sin haberlo comunicado previamente al personal facultativo encargado de realizarle la exploración.

Si es usted mujer, debe informarnos si existe posibilidad de embarazo o está embarazada. Actualmente el riesgo de la RM durante el embarazo no ha sido demostrado, no habiéndose descrito efectos adversos sobre el embrión/feto en mujeres embarazadas.

*Debe Ud rellenar estos casilleros rodeando con un círculo el que corresponda en cada caso:

- | | |
|--|-----------|
| *marcapasos | (si) (no) |
| *desfibrilador | (si) (no) |
| *neuroestimulador | (si) (no) |
| *válvula cardíaca | (si) (no) |
| *dispositivo intravascular (stent,coil,filtro etc) | (si) (no) |
| *prótesis dental | (si) (no) |
| *virutas metálicas intraoculares | (si) (no) |
| *clip aneurisma | (si) (no) |
| *prótesis/implante metálico | (si) (no) |
| *implante oído medio-interno | (si) (no) |
| *posible embarazo | (si) (no) |
| *catéter IV con metal | (si) (no) |
| *catéter derivación ventricular | (si) (no) |

Como parte de la exploración, a veces, es necesaria la administración de un medio de contraste. Esta sustancia, tras inyectarse por una vena, permite ver mejor algunos órganos internos, estudiar si tienen lesiones y de qué tipo son. Aunque en casos concretos pueden existir procedimientos diagnósticos alternativos la información que se obtiene con ellos puede ser menor o entrañar un mayor riesgo.

En la mayoría de los casos la inyección intravenosa de contraste, no produce molestia alguna, sin embargo, ocasionalmente, pueden producirse efectos secundarios, generalmente de tipo menor que no requerirán tratamiento médico. En casos excepcionales pueden darse reacciones graves que podrían conducir a la muerte.

Si usted tiene historia alérgica (a contraste iodado, a otros fármacos, asma u otras enfermedades respiratorias alérgicas), padece del corazón o tiene insuficiencia renal, debe ponerlo en conocimiento del facultativo encargado de la exploración. Debe saber que hoy en día no hay ninguna prueba que permita conocer en qué persona se va a producir una reacción adversa al contraste.

Si usted tiene historia alérgica (a contraste iodado, a otros fármacos, asma u otras enfermedades respiratorias alérgicas), padece del corazón o tiene insuficiencia renal, debe ponerlo en conocimiento del facultativo encargado de la exploración. Debe saber que hoy en día no hay ninguna prueba que permita conocer en qué persona se va a producir una reacción adversa al contraste.

PACIENTE:

He leído atentamente la información anterior acerca de la exploración que voy a realizarme y sus posibles riesgos y decido dar mi consentimiento para que se efectúe la prueba con inyección intravenosa de contraste, por los profesionales adecuados que se precisen y asumo los posibles riesgos de la exploración. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee. Se me ha entregado copia de este documento.

El paciente: D/Dña-----

Firmado:

Fecha:

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Sé que D/Dña. No es competente para decidir en este momento y delega su responsabilidad en mí. He leído atentamente la información anterior acerca de la exploración y sus posibles riesgos y decido dar mi consentimiento para que se efectúe la prueba con inyección intravenosa de contraste, por los profesionales adecuados que se precisen asumiendo los posibles riesgos de la exploración. . Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

El tutor legal o familiar D/Dña.

Firmado:

Fecha:

RADIÓLOGO ENCARGADO DE LA EXPLORACIÓN:

Nombre y Firma:

Fecha:

////////////////////////////////////
PREPARACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA //////////////////////////////////////

- Deberá presentarse en el lugar de la cita 30 minutos antes de la hora citada.*
- El día de la exploración ACUDIRÁ EN AYUNAS DE 4 HORAS .no tomara ni agua
- Si tiene que tomar alguna medicación indispensable puede hacerlo con un poco de agua o zumos de frutas.
- *(en resonancias cardíacas deberá traer rasurado el torso)
- Debe limpiarse el maquillaje de los ojos antes de la exploración.

**REGISTRO PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS TRAS LA REALIZACIÓN DE EXPLORACIONES EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN (RESONANCIA MAGNÉTICA)
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA en DIAGNOSTICO POR IMAGEN**

Enfermera/o referente-----teléfono-----
 Preparación realizada SI NO Alergias conocidas SI , NO ,
 OTROS-----ESPECIFICAR-----
 Antecedentes de interés para la Exploración-----
 Estado de conciencia Consciente O Somnoliento O Inconsciente O
 Estado emocional Sensación de Ansiedad o temor SI NO
 Actitud del paciente y/o familia ante la exploración Colaboradora O No colaboradora O
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN
 Exploración : SI NO
 5618 Enseñanza : Procedimiento/tratamiento
 Actividades de Información al paciente sobre exploración, cuidados pre y post exploración SI NO
 5820 Disminución de la ansiedad, actividad
 Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo O
 3320 Oxigenoterapia . Administración de O2 SI NO , Motivo y flujo-----
 6654 Vigilancia : seguridad
 medidas de seguridad aplicadas SI NO Tipo-----
 1870 Cuidados del drenaje SI NO
 tipos de Cuidados del mismo-----
 2440 Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso
 tipo de Catéter venoso /tipo de catéter SI NO -----
 6680 Motorización de los signos vitales TA FC.....

Pauta de administración de contraste para la realización de exploraciones de diagnostico por la imagen

Medio de contraste :
 Vía de administración:.....dosis:.....observaciones:.....

Radiólogo prescriptor, nombre :
 colegiado:.....firma.....

RECOMENDACIONES ENFERMERAS TRAS FINALIZAR PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO

Recomendaciones realizadas SI NO
 Firma Enfermero/a referente.

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. **Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.