

Consentimiento Informado
ARTRO RM ó ARTRO TAC

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

La Artro TAC y Artro RM se realizan para estudio de patología osteoarticular. Ambas técnicas tienen indicaciones similares, siendo métodos semi invasivos en los cuales se distiende la cavidad articular por medio de una punción e inyección dentro de la articulación de medio de contraste (yodado en la artroTAC y paramagnético como el gadolinio en la artroRM).

Características

El estudio consta de dos pasos, en primer lugar, bajo estrictas condiciones de asepsia se inyecta medio de contraste hidrosoluble yodado (2 - 15 cc, dependiendo de la articulación a estudiar) para las artroTAC y gadolinio (dilución en suero fisiológico 1:100-200), en cantidad variable según la articulación para las ArtroRM. La inyección se realiza con guía ecográfica, con ayuda de dicha guía se ubica la aguja dentro de la articulación. Luego se procede a la adquisición del estudio imagenológico de la articulación con el contraste inyectado previamente. Se pueden estudiar todas las articulaciones en general, principalmente la articulación del hombro y cadera. La inyección se realiza con una aguja fina, y se coloca anestesia local para reducir al mínimo la sensación de molestias.

Riesgos

Es importante señalar, que aun cuando el personal se encuentra debidamente entrenado, inevitablemente se pueden producir en un porcentaje menor de casos, por factores múltiples e imprevisibles que dicen relación con la técnica de punción: lesiones o afecciones vasculares, hematomas, lesiones de nervios, lesiones en zonas del sitio de punción, extravasaciones del medio de contraste, daños y necrosis de tejidos, secuelas y otros.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca del examen. También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **ARTRO RM – ARTRO TAC**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal