

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Tecnólogo Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Su médico le ha remitido a nosotros para que le efectuemos una Resonancia Nuclear Magnética. Para esto es necesario que le administremos un medio de contraste paramagnético, por vía endovenosa. Los medios de contraste se utilizan para mejorar el rendimiento diagnóstico de los exámenes, sin el cual, muchas veces la sensibilidad y especificidad de los exámenes disminuye en forma significativa. Es necesario, por tanto, que usted conozca la información necesaria del medio de contraste, antes de hacer uso de ellos. La reacción alérgica a este medicamento es infrecuente, pero puede ocurrir.

El medio de contraste se inyecta en un vaso sanguíneo (vena) a través de una aguja o un catéter, si fuera necesario. Este procedimiento puede resultar molesto, pero es habitualmente inocuo. Sin embargo, existen ciertos riesgos. Puede ocurrir irritación y/o infección de los tejidos de la zona.

Es fundamental, previo a la realización del examen, que el paciente o su representante legal, realice el llene de una encuesta, la cual nos permite identificar aquellos pacientes con mayor riesgo potencial de sufrir una reacción adversa.

La gran mayoría de las reacciones adversas en resonancia magnética son simples, y se resuelven rápidamente bajo el cuidado apropiado. Muy rara vez estas reacciones adversas son serias, usted debe saber y tener la seguridad que Clínica Ciudad del Mar dispone de todos los medios técnicos y de especialistas disponibles para brindar una adecuada y oportuna atención. Los pacientes identificados en estos grupos deben realizar una preparación específica consistente en el uso de medicamentos para evitar o disminuir significativamente la posibilidad de sufrir una reacción adversa, o incluso enfrentarnos a la imposibilidad de usar medio de contraste por vía endovenosa.

Si se requiere que el paciente reciba anestesia, la misma es realizada por médicos especialistas que le explicaran los procedimientos y riesgos.

En caso de Embarazo, Insuficiencia Renal y antecedentes de reacción alérgica previa al medio de contraste paramagnético, su uso está contraindicado.

NOTA: Recuerde que este examen con o sin medio de contraste está contraindicado en pacientes con marcapasos y elementos protésicos no compatibles con RM, situación que debe ser declarada en la encuesta previa a la realización del examen para determinar si usted tiene alguna de las condiciones mencionadas previamente.

Finalmente, comprendo que se harán todos los esfuerzos para la realización del examen solicitado por su médico tratante sin complicaciones.

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 **RESONANCIA MAGNÉTICA**.

Firma Tecnólogo Médico_____
Firma Paciente_____
Firma Representante Legal