



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?** La resonancia magnética (RM) es una técnica de diagnóstico por imagen que combina la acción de un gran campo magnético creado por un imán con la aplicación de ondas de radiofrecuencia y las posibilidades de un ordenador potente para obtener imágenes de gran sensibilidad, en todos los planos del espacio, de las estructuras internas del cuerpo.
- 2. ¿Cómo se realiza?** La persona se introduce tumbada en el interior de un imán en forma de tubo donde será expuesta a un campo magnético. Aunque en la mayoría de las exploraciones no es necesario, en algunas se precisa administrar un contraste de gadolinio. Esta sustancia se inyecta por una vena, en la que previamente se ha colocado un catéter, y permite visualizar mejor la zona que se va a explorar. Su finalidad es obtener mayor información y, como consecuencia, un mejor diagnóstico. En todo momento estará controlado.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?** El medio de contraste de gadolinio no suele provocar efectos secundarios, pero a veces pueden aparecer en el punto de la inyección hematomas o salida del líquido de contraste inyectado, que se resuelven normalmente sin mayores consecuencias. En casos excepcionales, puede producir reacciones alérgicas, las más frecuentes de carácter leve, como calor y náuseas, picores, enrojecimiento de los ojos o de la piel. Muy raramente se producen reacciones graves, como problemas respiratorios o cardíacos, pérdida de conciencia, caída de la tensión arterial y shock.

El contraste se elimina fundamentalmente por el riñón, por lo que es necesario que nos indique si padece alguna enfermedad renal para prevenir complicaciones.

- 4. Consecuencias previsibles de su realización.** Obtener información de las estructuras del organismo que permitan el diagnóstico o seguimiento de su proceso.
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización.** No se obtendrá información que puede ser útil para su diagnóstico.
- 6. Alternativas:** En casos concretos, pueden existir procedimientos alternativos como la radiografía simple, la ecografía, la ultrasonografía Doppler, los estudios vasculares o la tomografía computarizada (TAC). Asimismo, es posible realizar la exploración sin administrar contraste intravenoso, aunque la información que se obtiene suele ser menor.
- 7. Riesgos en función de la situación clínica específica del paciente**

7.1. No conviene administrar contraste en mujeres embarazadas durante todo el periodo de gestación, salvo en casos muy concretos, por lo que es importante que nos comunique si está o puede estar embarazada.

7.2. Debido a la exposición a un potente campo magnético, deben tomarse precauciones especiales con cualquier elemento metálico. En ese sentido, debe informar previamente si lleva placas metálicas, clavos, marcapasos, implantes metálicos, grapas quirúrgicas, etc., o algún cuerpo extraño metálico (como salpicaduras de soldadura, tatuajes, esquirlas, etc.). En estas circunstancias, se puede producir un calentamiento del generador que produzca disconfort (< 0,2%) o que obligue a finalizar la prueba (< 6,2%).

7.3. En el caso de que porte un dispositivo cardíaco (marcapasos o desfibrilador), debe avisar a la consulta donde le controlen el dispositivo de que se le va a realizar la resonancia y de la fecha prevista para que realicen una programación especial del dispositivo, que puede incluir su desactivación, por lo que si usted tuviera una arritmia el dispositivo no estaría habilitado para tratarla. En este caso, durante la realización de la exploración se le monitorizará mediante un electrocardiograma. En caso de notar calentamiento importante en la zona del generador, debe avisar al personal médico responsable para que finalice la prueba. Se puede generar una corriente eléctrica en el dispositivo que acabe sobreestimulando el corazón con la aparición de arritmias auriculares o ventriculares. Se ha descrito una mínima disminución de la batería en el 4,2% de pacientes que portan un desfibrilador, lo que puede obligar a su recambio.

8. DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELEFONO	CORREU ELECTRONIC / CORREO ELECTRONICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:* _____ Signatura / *Firma* _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:* _____ Signatura / *Firma:* _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:* _____ Signatura / *Firma:* _____

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*