



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?** La ressonància magnètica (RM) és una tècnica de diagnòstic per imatge que combina l'acció d'un gran camp magnètic creat per un imant amb l'aplicació d'ones de radiofreqüència i les possibilitats d'un ordinador potent per a obtenir imatges de gran sensibilitat, en tots els plans de l'espai, de les estructures internes del cos.
- 2. Com es realitza?** La persona s'introdueix tombada a l'interior d'un imant en forma de tub on serà exposada a un camp magnètic. Encara que en la majoria de les exploracions no és necessari, en algunes es requereix administrar un contrast de gadolín. Aquesta substància s'injecta per una vena, en la qual prèviament s'ha col·locat un catèter, i permet visualitzar millor la zona que s'explorà. La seua finalitat és obtenir major informació i, com a conseqüència, un millor diagnòstic. En tot moment estarà controlada.
- 3. Quins són els seus riscos?** El mitjà de contrast de gadolín no sol provocar efectes secundaris, però a vegades poden aparèixer en el punt de la injecció hematomes o eixida del líquid de contrast injectat, que es resolen normalment sense majors conseqüències. En casos excepcionals, pot produir reaccions al·lèrgiques, les més freqüents de caràcter lleu, com per exemple calor i nàusees, picors, enrogiment dels ulls o de la pell. Molt rarament es produeixen reaccions greus, com problemes respiratoris o cardíacs, pèrdua de consciència, caiguda de la tensió arterial i xoc.

El contrast s'elimina fonamentalment pel renyó, per la qual cosa és necessari que ens indique si pateix alguna malaltia renal per a previndre complicacions.

- 4. Conseqüències previsibles de la seua realització.** Obtindre informació de les estructures de l'organisme que permeten el diagnòstic o seguiment del seu procés.
- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització.** No s'obindrà informació que pot ser útil per al seu diagnòstic.
- 6. Alternatives:** En casos concrets, poden existir procediments alternatius com la radiografia simple, l'ecografia, la ultrasonografia Doppler, els estudis vasculars o la tomografia computada (TAC). Així mateix, és possible realitzar l'exploració sense administrar el contrast intravenós, encara que la informació que s'obté sol ser menor.
- 7. Riscos en funció de la situació clínica específica**

7.1. No convé administrar contrast en dones embarassades durant tot el període de gestació, excepte en casos molt concrets, per la qual cosa és important que ens comuniquem si està o pot estar embarassada.

7.2. A causa de l'exposició a un potent camp magnètic, han de prendre's precaucions especials amb qualsevol element metàl·lic. En aqueix sentit, ha d'informar prèviament si porta plaques metàl·liques, claus, marcapassos, implants metàl·lics, grapes quirúrgiques, etc., o algun cos estrany metàl·lic (com ara esquinxades de soldadura, tatuatges, etc.). En aquestes circumstàncies, es pot produir un calfament del generador que produísca disconfort (< 0,2%) o que obligue a finalitzar la prova (< 6,2%).

7.3. En cas que porte un dispositiu cardíac (marcapassos o desfibril·lador), ha d'avisar a la consulta on li controlen el dispositiu que se li realitzarà la ressonància i la data prevista perquè realitzen una programació especial del dispositiu, que pot incloure la seua desactivació, per la qual cosa el dispositiu no estaria habilitat per a tractar una arrítmia en cas que la tinguera. En aquest cas, durant la realització de l'exploració se li monitorarà mitjançant un electrocardiograma. En cas de notar calfament important en la zona del generador, ha d'avisar el personal mèdic responsable perquè es finalitze la prova. Es pot generar un corrent elèctric en el dispositiu que acabe sobreestimulant el cor amb l'aparició d'arrítmies auriculars o ventriculars. S'ha descrit una mínima disminució de la bateria en el 4,2% de pacients que porten un desfibril·lador, la qual cosa pot obligar a canviar-la.

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	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELEFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

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.*