

# Consentimiento informado

## Artrografía por resonancia magnética

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

### Información recibida por el paciente:

**Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:**

La artrografía por resonancia magnética (RM) corresponde a una variante del examen por RM de una articulación, al cual se le adiciona contraste intraarticular para representar estructuras específicas que sin el uso del contraste no se logran visualizar. Esta técnica consiste en la introducción de una aguja hasta la cavidad de la articulación a estudiar, a través de la piel, para inyectar una solución salina isosmolar con contraste paramagnético que se realiza en sala de rayos.

La artrografía por RM se realiza en una sala de radiología que cuenta con intensificador de imagen, y la lleva a cabo un equipo médico específicamente preparado tanto en lo que concierne a la técnica como a la manipulación de los rayos X.

Como con cualquier contraste que se inyecte en el organismo debe seguirse la norma de medios de contraste y eventualmente se le puede solicitar previo al estudio un examen de creatinemia para verificar función renal (ver consentimiento de contrastes para RM). El procedimiento se realiza con técnica aséptica, que incluye desinfección de la piel, uso de material estéril y desechable. Posteriormente se administra anestesia local estando acostado sobre mesa de examen.

Al comienzo del procedimiento notará molestias que están dadas por la aguja que inyecta la anestesia local superficial, lo que se hace con aguja fina de 26 a 30G, que son diámetros extremadamente finos, para causar el menor dolor posible. Luego se cambiará la aguja por una de mayor diámetro y longitud, que será la que alcance su articulación a estudiar, a través de la cual se inyecta anestesia local.

Se verificará correcta posición de la aguja con contraste yodado hidrosoluble, visible a los rayos X. Una vez demostrada la posición intraarticular de la aguja se inyectará medio de contraste paramagnético, el que es visible en resonancia magnética. Luego se retirará y se dejará un pequeño parche que cubra el sitio de punción.

Como en toda actuación médica, existen riesgos, aunque de muy baja frecuencia, que usted debe conocer antes de dar su autorización para que le sea practicado el procedimiento. Los principales riesgos son el la hemorragia y la infección en sitio de punción o en la articulación.

### Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

## Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

## Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: