

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-IMA-10

Para uso de Contraste Paramagnético (Gadolinio)

Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

La finalidad que tiene la utilización de este contraste es que aumenta la intensidad de la señal obtenida durante el examen, permitiendo obtener un mayor rendimiento diagnóstico del estudio, sobre todo en patologías que lo requieren.

CARACTERÍSTICAS DEL CONTRASTE PARAMAGNÉTICO (GADOLINIO) (En qué consiste)

Su médico le ha indicado un examen de Resonancia Magnética (RM) que requiere de la administración por vía endovenosa de un medio de contraste paramagnético (Gadolinio). El medio de contraste paramagnético contiene un elemento metálico como es el Gadolinio unido a un quelante, para disminuir la toxicidad de este en el organismo.

RIESGOS POTENCIALES DEL CONTRASTE PARAMAGNÉTICO (GADOLINIO)

Las Reacciones adversas a los medios de contraste paramagnético se describen en la literatura como de baja incidencia (ocasionales) y no se reportan reacciones anafilácticas alérgicas graves.

En pacientes con insuficiencia renal crónica o aguda, insuficiencia hepática con síndrome hepatorenal asociado a anemias severas con tratamiento de eritropoyetina (EPO) pueden presentar Fibrosis sistemática nefrogénica (FSN), debido a que el gadolinio al no poder ser eliminado rápidamente del cuerpo, se disocia del quelato en estado libre, precipitando y acumulándose en los tejidos, desencadenando procesos de fibrosis en la piel, músculos, órganos y articulaciones del cuerpo, lo cual es irreversible e invalidante.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Contraindicaciones:

- Pacientes con antecedentes previos de reacciones alérgicas a los medios de contraste paramagnéticos.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica o aguda con (Tasa Filtración Glomerular) TFG < 40 ml/min.
- Pacientes sometidos o que se someterán a trasplante hepático, con síndrome hepatorenal.
- Neonatos y niños de hasta 1 año de edad. Sólo debe administrar bajo una cuidadosa valoración realizada por el médico tratante, debido a la inmadurez de su función renal.
- Pacientes embarazadas. Se desconocen efectos sobre el feto, por lo que la administración debe ser evaluada por medio tratante considerando beneficio v/s riesgo.

Pacientes en que la función renal debe ser chequeada:

- Pacientes menores de 1 año y mayores de 50 años con diabetes, hipertensión arterial, con historia de insuficiencia renal o hepática: deben realizarse el examen de creatinina sérica, para cálculo de Tasa de Filtración Glomerular (TFG) y determinar función renal.

Si Ud. Presenta alguna de las contraindicaciones antes descritas; deberá comunicarlo al personal de la Unidad de Resonancia Magnética del Hospital clínico Viña del Mar, para disponer las medidas necesarias y no se le administrará el medio de contraste paramagnético requerido.

Técnica de Administración:

La administración de medio de contraste puede ser manual o programada a través de una bomba inyectora. En la mayoría de los casos la inyección no produce molestia alguna salvo la de la punción. En algunos casos, la aguja se puede salir de la vena puncionada, por lo que puede producirse un hematoma en el sitio de punción, que desaparece en pocos días.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-IMA-10

Para uso de Contraste Paramagnético (Gadolinio)

Rev.04

DECLARO:

Que el/la Tecnólogo Médico _____ me ha informado sobre la necesidad y los riesgos potenciales
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

que puede representar para mi salud la administración por vía endovenosa de **Medio Contraste Paramagnético (Gandolino)**. Declaro además no presentar ninguna de las contraindicaciones que me han señalado y autorizo al personal de Hospital Clínico Viña del Mar para realizar todas aquellas acciones necesarias para recuperar mi salud en caso de presentar reacción anafiláctica (alérgica) al medio de contraste paramagnético (Gadolinio) adversa, asumiendo los costos que eso implique.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Medio Contraste Paramagnético (Gandolino)**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con **Medio Contraste Paramagnético (Gandolino)** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)