


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Para uso de Contraste Paramagnético (Gadolinio)	FL-IMA-10
		Rev. 03

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO O CAUSAL DE LA SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO EN EL PACIENTE: _____

Información General:

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.

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.

Riesgos:

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 sistémica 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.

Riesgos personalizados:

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 Para uso de Contraste Paramagnético (Gadolinio)

FL-IMA-10

Rev. 03

DECLARO:

Que el/la Tecnólogo/a Médico _____ me ha informado sobre la necesidad y los riesgos potenciales que puede representar para mi salud la administración por vía endovenosa de medio contraste paramagnético (Gadolinio). 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 alguna reacción anafiláctica (alérgica) al medio de contraste paramagnético (Gadolinio) adversa, asumiendo los costos que eso implique.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me administre medio de contraste paramagnético (Gadolinio).

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

_____ **Firma del Paciente y/o Representante legal**

_____ **Firma del (la) Profesional**

RECHAZO

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

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, RUT _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO que se me administre medio de contraste paramagnético (Gadolinio) y acepto que mi decisión puede significar un deterioro en la calidad diagnóstica del examen de resonancia magnética que me será realizado.

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

_____ **Firma del Paciente y/o Representante legal**

_____ **Firma del (la) Profesional**

REVOCACION

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

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, RUT _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado con fecha _____ y por lo tanto autorizo que se me administre medio de contraste paramagnético (Gadolinio) .

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

_____ **Firma del Paciente y/o Representante legal**

_____ **Firma del (la) Profesional**