



CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE MATERIAL DE CONTRASTE
(gadolinio) en
Imágenes de Resonancia Magnética (RM)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: __ / __ / ____

En algún momento durante su examen de resonancia magnética, la resonancia magnética personal interrumpir el procedimiento de exploración, a fin de administrar un agente de contraste. El agente de contraste se administra a través de un IV en su brazo.

El agente de contraste que usted recibirá es utilizado rutinariamente para los exámenes de resonancia magnética. Contiene un material llamado gadolinio. La inyección de contraste no causa dolor, pero usted puede sentir un leve malestar, sensación de hormigueo en el brazo o náuseas. Estos síntomas ocurren en menos del 1% (menos de 1 en 100) de las personas y desaparecen rápidamente. En muy raras ocasiones, puede haber una reacción alérgica, pero hay menos de 300.000 en un una posibilidad de que este será grave. Como con cualquier inyección, inserción de la aguja puede causar también el dolor, hematomas, y / o infección en el lugar de inyección.

Pacientes con insuficiencia renal que reciben los agentes de base gadolinio-están en riesgo de desarrollar mortales o debilitantes que afectan a la fibrosis sistémica nefrogénica la piel, músculos y órganos internos.

¿Tiene usted alguno de los siguientes?

- Sí No hay insuficiencia renal (personales o familiares)
 Sí No hay un solo riñón, nefrectomía, y / o trasplante de riñón
 Sí No hay que tomar medicamentos Actualmente es potencialmente tóxico para el riñón
 Sí No hay cirugía hepática recientes, dentro de los 30 días
 Sí No ¿Está usted actualmente en diálisis

Por favor notifique al tecnólogo si usted es alérgico a gadolinio o de cualquiera de estos efectos o otros tipos de efectos. Habrá personal y equipo de emergencia a la mano para su seguridad. El médico estará disponible durante el procedimiento para administrar toda la atención necesaria en caso de efectos secundarios se producen, y para determinar cuándo o si la inyección del agente de contraste debe ser detenida.

Confirmando que he leído y entendido lo anterior y se les ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Yo represento a la del personal de radiología y de diagnóstico del Condado de Orange que tengo derecho a dar este consentimiento. *

Firma del paciente / pariente o guardián: _____ Fecha: __ / __ / ____

Relación de el paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: __ / __ / ____

* Si el paciente es menor de 18 años de edad, el permiso de los padres del paciente o tutor legal debe ser obtenido, a menos que el paciente o se ha casado con el padre de un niño.