

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

RM EN PACIENTES EMBARAZADAS

| Paciente | Historia | Habitación |
|---------------------------------------|----------|------------|
| | | |
| Nombre Paciente: | | |
| Dr: | | |
| C.I.A.: | | |
| Planta: | | |
| F. Ingreso:F. Nacimiento: | | |

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La realización de RM en el periodo de embarazo no suele estar indicada.

Sólo deben realizarse las exploraciones estrictamente necesarias.

Según se cree la RM no es peligrosa para el feto, aunque no se han realizado investigaciones suficientes por lo que no es completamente seguro que los campos electromagnéticos utilizados en RM no pudieran producir anomalías en el desarrollo del feto. Estos riesgos podrían ser mayores en el primer trimestre de gestación.

En enfermedades o accidentes graves deben hacerse los estudios con RM estrictamente necesarios.

Habiendo sido informado de los requisitos para la realización de la RM y estando conforme con los mismos, accedo a la realización del estudio.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparos en preguntarnos, le atenderemos con mucho gusto.

2. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....
....., DNI y nº de SIP

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....
en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente.....

DECLARO:

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi situación la realización de.....

En..... a de de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº:

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a de de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

