

	MODULO INFORMATIVO E CONSENSO INFORMATO PER ESAME RM CON SOLUZIONI/GEL O PREPARATI FARMACEUTICI	MOD03_IOradiT002_SIC	Pag 1 di 1
			REV 00
			del 10.10.2020

MODULO INFORMATIVO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL o PREPARATI FARMACEUTICI DURANTE UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica (vedi modulo informativo) è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di :

- o Soluzioni/gel per via rettale o vaginale (es. nelle defecoRM, studio pavimento pelvico, studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale)
- o Prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti(es. Buscopan nello studio della pelvi) o diuretici (es. Lasix nelle uroRM)
- o Ansiolitici (es. Tavor, Xanax, Lexotan, Valium, Ansiolin, Control, En, Rivotril, Lorans, Diazepam, Alprazolam, Lorazepam) per impedire attacchi di panico o stati d'ansia gravi che inficerebbero l'indagine

Per ogni informazione specifica sul prodotto utilizzato introdotto o inettato si rimanda alla scheda tecnica specifica.

Ogni eventuale ulteriore chiarimento in merito ai rischi/benefici legati al tipo di procedura, di preparazione o alla somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici o sedativi può essere richiesto al Medico della diagnostica RM.

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL O PREPARATI FARMACEUTICI PER VIA EV, IM ORALE O RETTALE IN RISONANZA MAGNETICA

Il/la sottoscritto/a.....

Si ritiene sufficientemente informata/o sui rischi legati alla :

- o Somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via orale
- o Somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via rettale.....
- o Somministrazione di preparati farmaceutici per via endovenosa o intramuscolare o intrarticolare

.....

Pertanto resa/o edotta/o dal Medico Responsabile dell'esame di..... dei rischi correlati e del beneficio diagnostico

ne acconsente la somministrazione/utilizzazione

Data ___ / ___ / _____ Firma del paziente* _____

Firma di chi riceve il presente documento * _____

(* in caso di paziente non in grado di apporre la firma, firma dell'Amministratore/Tutore/Curatore/ Genitore se minorenne/Altro.....)

	<p align="center">MODULO INFORMATIVO E CONSENSO INFORMATO PER ESAME RM CON SOLUZIONI/GEL O PREPARATI FARMACEUTICI</p>	MOD03_IOradiT002_SIC	Pag 1 di 1
			REV 00
			del 10.10.2020

IL PRESENTE MODULO, SOSTITUISCE INTEGRALMENTE IL MODULO DI CONSENSO INFORMATO AZIENDALE

NB: Si prega di compilare il modulo in tutte le sue parti e di firmare la richiesta come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame. La mancata compilazione comporterà l'annullamento della richiesta.