

 <p>Ospedale Koelliker</p>	<p>INFORMATIVA SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL o PREPARATI FARMACEUTICI E EVENTUALE INTRODUZIONE DI BOBINE ENDOGENE DURANTE UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA</p>	<p>MQDIM95 REV 01 del 27/09/2024 PAG 1 DI 2</p>
---	--	---

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

- Soluzioni/gel per via rettale o vaginale (es. nelle defecoRM, studio pavimento pelvico, studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale)
- Prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti (es. Buscopan nello studio della pelvi) o diuretici (es. Lasix nelle uroRM)
- 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
- In alcuni casi è prevista l'introduzione nel corpo di bobine endogene

Per ogni informazione specifica sul prodotto utilizzato introdotto o iniettato 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.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a.....

Si ritiene sufficientemente informata/o sui rischi legati alla :

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



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
tutore

Preso atto e verificato direttamente dal paziente di quanto riportato e sottoscritto

DATA..... Timbro e firma del Medico Radiologo: Dr

Revoca del consenso

Il
Sottoscritto.....
in data dichiara di revocare il consenso, avendo ricevuto dai sanitari
informazioni sulle conseguenze di tale decisione e sulle possibili alternative.

Data..... Firma del paziente
tutore

DATA..... Timbro e firma del Medico Radiologo: Dr