

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA NEI PAZIENTI PORTATORI DI DISPOSITIVI CARDIACI IMPIANTABILI ATTIVI (PACEMAKER, DEFIBRILLATORI, LOOP RECORDER)

PAZIENTE: _____ DATA DI NASCITA: _____ PESO _____ (KG)

ESAME RM: _____ PROVENIENZA: _____

CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Il/La sottoscritto/a: _____, nato/a a: _____

il _____, **perfettamente in grado di intendere e di volere, DICHIARA:**

- Di essere a conoscenza dell'importanza rivestita dallo studio RM proposto, al fine di ottenere le informazioni necessarie alle successive decisioni terapeutiche.
- Che gli è stata spiegata l'impossibilità di sostituire lo studio RM nel proprio caso clinico, in quanto le altre metodiche attualmente esistenti non consentono l'ottenimento di informazioni sovrapponibili.
- Di essere a conoscenza dell'attuale Legislazione Italiana, la quale non prevede la possibilità di eseguire studi RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili, ma di sapere che il dispositivo di cui è portatore è particolare, in quanto realizzato con materiali compatibili con la Risonanza Magnetica e studiato per minimizzare i rischi ad essa connessi, anche in termini di possibili futuri malfunzionamenti del medesimo dispositivo.
- Di essere informato dei rischi connessi allo studio RM nel proprio caso clinico e di sapere che, per tutta la durata dell'esame, sarà seguito da Dirigenti Medici, pronti ad intervenire in caso di eventuali complicanze.
- Consapevole ed informato che lo spegnimento temporaneo, necessario per l'esecuzione dell'esame RM, delle terapie previste dal dispositivo potrebbe, in casi rari ma non improbabili, esporre il paziente stesso a rischio aritmico e di morte improvvisa, nonostante l'ambiente protetto e l'esecuzione in regime di adeguata assistenza sanitaria.

Il/La sottoscritto/a: _____,

data e luogo di nascita: _____,

Genitore/tutore legale del paziente (o del minore): _____,

DICHIARA DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A RIGUARDO I RISCHI CONNESSI DALLA PROCEDURA RM NELLO SPECIFICO CASO CLINICO, DI AVER POTUTO CHIEDERE E DI AVERE OTTENUTO TUTTE LE INFORMAZIONI IN MODO CHIARO ED ESAUSTIVO, E PERTANTO, PERFETTAMENTE IN GRADO DI INTENDERE E DI VOLERE, ACCONSENTE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME.

FIRMA DEL PAZIENTE (GENITORE O DEL TUTORE LEGALE): _____

FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO CARDIOLOGO: _____

Il Medico Radiologo responsabile dell'esame RM, preso atto del Consenso Informato del paziente e del nullaosta del Medico Cardiologo, **AUTORIZZA L'ESECUZIONE.**

Data: _____

FIRMA MEDICO RADIOLOGO: _____