

## MODULO INFORMATIVO, ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL O PREPARATI FARMACEUTICI PER VIA ENDOVENOSA, INTRAMUSCOLARE, ORALE, RETTALE E/O ALLA INTRODUZIONE DI BOBINE ENDOGENE IN RISONANZA MAGNETICA

**INFORMATIVA:** A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica 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 Radiologo.

### DICHIARANTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_

(2) in qualità di tutore del paziente \_\_\_\_\_

**Informato/a** dal Dott. \_\_\_\_\_ **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: \_\_\_\_\_

### Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione** delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

**Valutate** le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

**ACCETTO LA SOMMINISTRAZIONE/INTRODUZIONE**       **RIFIUTO LA SOMMINISTRAZIONE/INTRODUZIONE**

Medico radiologo ■ \_\_\_\_\_ Eventuale interprete: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente ► \_\_\_\_\_

### POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal Regolamento UE n° 2016/679 (GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) concernente il trattamento dei dati personali e della privacy.

**La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente ► \_\_\_\_\_