

MODULO INFORMATIVO

SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL, PREPARATI FARMACEUTICI PER VIA EV, IM, INTRARTICOLARE, ORALE O RETTALE ED EVENTUALE INTRODUZIONE DI BOBINE ENDOCAVITARIE IN RISONANZA MAGNETICA

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 (per esempio, nelle defecoRM, nello studio del pavimento pelvico, nello studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale);
- Prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti (per esempio, *Buscopan* nello studio della pelvi) o diuretici (per esempio, *Lasix* nelle uroRM);
- Ansiolitici (per esempio, *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 endocavitarie.

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, al tipo di preparazione o alla somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici o sedativi può essere richiesto al Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM.

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____
si ritiene sufficientemente informato/a 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 EV/IM/intrarticolare _____
- Introduzione di bobine endocavitarie _____

Pertanto reso/a edotto/a dal Medico Responsabile dell'esame di _____
dei rischi correlati e del beneficio diagnostico

ne acconsente la somministrazione/utilizzazione

Data _____

Firma del paziente _____

Firma del tutore/esercente la patria potestà _____