

Dipartimento di Oncologia Radioterapica e di Diagnostica per immagini

STRUTTURA OPERATIVA DI RADIOLOGIA

Direttore: dr. Luca Balestreri
Segreteria direttore 0434 – 659570
Segreteria appuntamenti Tac – Risonanza Magnetica tel.: 0434-659650 dalle 13:00 alle 15:30
Fax: 0434 – 659505
e-mail: radiologia@cro.it

**MODULO INFORMATIVO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL o PREPARATI FARMACEUTICI E
EVENTUALE INTRODUZIONE DI BOBINE ENDOGENE DURANTE UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

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.

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

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

Firma Paziente (in caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o chi ne fa le veci)

Data _____

Firma leggibile dell'esercente la patria potestà/del tutore _____

[segreteria/r/consenso informato 2016/Somministrazione farmaci gel bobine in RM]