



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
SANT'ANDREA

ESAMI di RISONANZA MAGNETICA

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME

CONSENSO ALL'ESAME

**(per il paziente portatore di dispositivi cardiaci impiantabili attivi:
pacemaker, defibrillatori, loop recorder)**

- Sono a conoscenza dell'importanza rivestita dallo studio RM propostomi al fine di ottenere le informazioni necessarie alle successive decisioni terapeutiche,
- Mi è stato spiegato come nel mio caso non sia attualmente sostituibile lo studio RM, ottenendo sovrapponibili informazioni, tramite altre metodiche,
- Sono a conoscenza che l'attuale Legislazione Italiana non prevede la possibilità di eseguire studi RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili, ma so che il dispositivo di cui sono portatore è di un tipo particolare realizzato con materiali compatibili con la RM e studiato per minimizzare i rischi connessi,
- Mi è stato spiegato quali siano i rischi connessi allo studio RM nel mio particolare caso e so che per tutta la durata dell'esame sarò seguito da medici pronti ad intervenire in caso di complicanze

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

PERTANTO CONSAPEVOLE DEI RISCHI MA CONSAPEVOLE CHE L'ESAME PROPOSTO RIVESTE UN'IMPORTANZA DETERMINANTE PER LA MIA SALUTE

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

Data _____

Firma del/la paziente o del genitore o tutore

Data _____

Firma leggibile
del Medico che ha comunicato le informazioni
