



CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM IN PAZIENTE PORTATORE DI DISPOSITIVO IMPIANTABILE ATTIVO

DATI RELATIVI AL/ALLA PAZIENTE

Cognome e Nome.....nato/a a.....il.....
portatore di: Pacemaker Defibrillatore Loop recorder Impianto cocleare Dispositivo per Infusione
 Stimolatore..... Altro

Prestazione RM

Si procede ad effettuare l'esame di risonanza magnetica invocando lo stato di necessità, in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso

INFORMAZIONI AL PAZIENTE

- 1.Importanza rivestita dallo studio RM proposto al fine di ottenere le informazioni diagnostiche necessarie alle successive decisioni terapeutiche;
- 2.Impossibilità di sostituire lo studio RM con altre metodiche diagnostiche;
- 3.Conseguenze prevedibili connesse alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico proposto;
- 4.La possibilità di eseguire studi RM in pazienti portatori di dispositivi impiantabili attivi è disciplinata dalla legislazione europea;
- 5.Un team di specialisti di questo Ospedale ha preventivamente valutato che il dispositivo in questione è di un tipo particolare realizzato con materiali compatibili con la RM e studiato per minimizzare i rischi connessi con l'esame;
6. Il dispositivo, quando previsto, verrà impostato per l'esecuzione della RM e controllato al suo termine dallo Specialista;
- 7.Tutte le condizioni per l'esecuzione dell'esame RM indicate dal costruttore del Dispositivo verranno scrupolosamente rispettate;
- 8.Non si può escludere completamente la possibilità di interferenza della RM con il Dispositivo o eventi avversi:
 - eventi infrequenti: riscaldamento locale, sensazione locale di tensione, perdita dei dati, reset o spegnimento del dispositivo.
 - eventi rari: bruciature locali, rottura del dispositivo, induzione di anomalie del ritmo cardiaco e/o sincope (dispositivi cardiaci), rotazione del magnete (impianti cocleari).

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

HO BEN COMPRESO QUANTO MI E' STATO SPIEGATO 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

Firma del/la paziente

Firma
Per presa visione del medico Radiologo

Data _____
