MODULO CONSENSO INFORMATO
INDAGINE RMN
CON MDC

* Si informa che l'esposizione ai campi magnetici può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino. Se Lei ne è portatrice la sua firma vale come accettazione a sottoporsi all'esame di Risonanza Magnetica

```
Cognome e Nome
``` \(\qquad\)
```Nato/aIl.
```

$\qquad$
$\qquad$

``` .n..
``` \(\qquad\)
```

Tel. Mail. Esame richiesto perfettamente in grado di intendere e di volere dichiara di essere stato/a esaurientemente informato/a circa l'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio degli accertamenti clinici e diagnostici mediante RM con o senza MDC a cui sarà sottoposto e acconsente all'esecuzione dell'esame:

```

Data

Firma del Paziente ( \({ }^{*}\) )
\(\left({ }^{*}\right)\) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM
Importante: le informazioni richieste sono indispensabili per garantire l'esecuzione dell'esame in condizioni di regolarità e sicurezza. Non possono essere ASSOLUTAMENTE sottoposti ad esame RM i portatori di Pace-makers.

Il giorno dell'esame presentarsi a digiuno assoluto, portando gli esami richiesti ed eventuali esami precedentemente eseguiti inerenti il quesito diagnostico.
Se il paziente fa terapia ipertensiva va effettuata comunque.```

