IRCCS CRO
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Dipartimento delle Alte Tecnologie
SOC Radiologia Oncologica
☎ 0434 – 659650 dalle 13:00 alle 15:30
Fax 0434 - 659505
✉ radiologia@cro.it

INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PREPARATI FARMACEUTICI E ALL'IMPIEGO DI BOBINE ENDOCAVITARIE

L. 22.12.2017 N. 219, DLGS 101/2018; REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR); D.LGS.196/2003

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 (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 endocavitarie. 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 radiologo Responsabile della esecuzione dell'esame RM.

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PREPARATI FARMACEUTICI ED ALL'IMPIEGO DI BOBINE ENDOCAVITARIE

Il paziente dichiara di essere stato adeguatamente informata/o sui rischi legati alla somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici:

- per via orale, per via rettale o per via intramuscolare
- introduzione di bobine endocavitarie.

Pertanto reso/a edotto/a dal Medico Radiologo (Dott ……) di……
dei rischi correlati e del beneficio diagnostico della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione e l'utilizzo.

Presenza di interprete:
(generalità) ..... Firma.....

Data___/___/___ Firma del paziente .....

Data___/___/___ Firma dell'esercente la patria potestà/tutore .....

Data___/___/___ Firma del Medico Radiologo che raccoglie il consenso .....

REVOCA CONSENSO

Data___/___/___ Firma del paziente .....

Data___/___/___ Firma dell'esercente la patria potestà/tutore .....

Il Medico radiologo responsabile della prestazione diagnostica prende atto del ripensamento / rifiuto / rinuncia del paziente della procedura inizialmente accordata

Data___/___/___ Firma del Medico Radiologo ……