ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO

Il/la sottoscritto/a_____nato/a_____il_____residente in _____Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore……

(2) in qualità di tutore del paziente……..

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica .

- ***Reso/a consapevole:***
- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

□ accetto l'indagine proposta smdc
□ accetto l'indagine proposta senza e cmdc
□ rifiuto l'indagine proposta smdc
□ rifiuto l'indagine proposta senza e cmcc

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Data_____Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

□ SI □ NO

Data_____ Firma del paziente _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altreprocedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suoconsenso.
La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data_____ Firma _____

IL CONSENSO È AVVENUTO CON L'INTERVENTO DI UN MEDIATORE/INTERPRETE DI LINGUA……

Parte riservata alla radiologia

MEZZO DI CONTRASTO……QUANTITÀ……

ESEGUE PROFILASSIO SI NO

NOTE……

……

FIRMA DEL RADIOLOGO…… DATA……

SC Radiologia ospedaliero-territoriale
Ospedale Nostra Signora della Mercede di Lanusei
via Dottor Giuseppe Pilia 1 - Piano terra
tel. 0782 490283