

CONSENSO INFORMATO PER RMN CON MDC

ESAMI RMN CON MEZZO DI CONTRASTO

Dichiarazione di consenso informato

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A IL _____

CON LA PRESENTE DICHIARO CHE

Mi è stato consigliato per la mia salute di sottopormi ad un esame RMN con somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

Accetto di eseguire l'indagine in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti e alle conseguenze, anche negative che ne possono derivare come spiegato nella nota Informativa.

Persistendo del dubbio ho potuto porre al Radiologo le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.

Sono consapevole che posso decidere, In piena autonomia al non sottopormi all'indagine in oggetto e d'accordo con il medico curante accedere al altro tipo di indagine, accettando le conseguenze di tale decisione

Data _____

Firma del Paziente (o del tutore)

Firma del Radiologo
