



 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Mod B2 Question e consenso RMN con e senza MDC (RX.MO.4006.00).doc
		Pag2/2

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM.

Data .....

**Firma del medico Radiologo Responsabile  
dell'esecuzione dell'esame RM**

.....

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM E PRIVACY**

*Il sottoscritto/a ..... nato/a il .....*

*(Il sottoscritto/a genitore/tutore legale di..... nato/a il .....)*

**Ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsento all'esecuzione dell'esame.**

Contestualmente autorizzo il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame la presenza di eventuali controindicazioni o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame. Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del D.M. 02/08/1991, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale, effettuate anche a distanza di tempo, relative all'espletamento dell'esame stesso. (Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in vigore dall'1/01/2004)

➔ Firma del paziente (\*\*) ..... Data .....

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO**

**Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.**

➔ Firma del paziente (\*\*) ..... Data .....

**DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA (per le donne in età fertile)**

Io sottoscritta dichiaro inoltre di

ESSERE                       NON ESSERE

in stato di gravidanza certa o presunta.

Data .....

Firma del paziente.....(\*\*)

**REVOCA CONSENSO**

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore ..... del giorno ..... revoco il consenso alla precitata procedura, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (\*\*)

Firma del Medico Radiologo Responsabile dell'indagine RM.....

(\*\*) NB: In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
Oppezzo Annalisa - Dirigente Medico S.C. Radiodiagnostica - Settembre 2023	Gatti Scipione -Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio - Settembre 2023	Vigone Riccardo - Direttore ff S.C Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia - Settembre 2023	Vigone Riccardo - Direttore ff S.C Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia - Settembre 2023
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			