

**MODULO INFORMATIVO E CONSENSO INFORMATO  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PREPARATI  
FARMACEUTICI DURANTE UN ESAME DI RISONANZA  
MAGNETICA****MODULO INFORMATIVO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PREPARATI FARMACEUTICI  
DURANTE UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

Nel caso di effettuazione di Entero-RM, ovvero lo studio dell'intestino tenue mediante utilizzo di apparecchiatura di Risonanza Magnetica, si vede necessaria la somministrazione di:

- Preparati farmaceutici per via orale con funzione coadiuvanti all'esame RM/mezzo di contrasto orale (es. Isocolan ®)

*Per ogni informazione specifica sul prodotto utilizzato si rimanda alla scheda tecnica specifica. Ogni eventuale ulteriore chiarimento in merito ai rischi/benefici legati al tipo di procedura, di preparazione o alla somministrazione di preparati farmaceutici per via orale può essere richiesto al Medico della diagnostica RM.*

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PREPARATI FARMACEUTICI PER  
VIA ORALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Si ritiene sufficientemente informato/a sui rischi legati alla somministrazione di preparati farmaceutici per via orale.

Pertanto reso/a edotto/a dal Medico Responsabile dell'esame di Risonanza Magnetica dei rischi correlati e del beneficio diagnostico

**Ne acconsente la somministrazione**

Data \_\_\_\_\_

Firma Paziente (in caso di minore è necessaria la firma di un genitore o chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'esercente la patria potestà/del tutore

\_\_\_\_\_