



SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Medico: A. Esseridou

Responsabile Tecnico: R. Moltrasi

AUTORIZZAZIONE AD ASSISTERE IL PAZIENTE IN SALA ESAMI DURANTE L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Io sottoscritto dott/dott.ssa _____

essendo Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame, valutato il rapporto rischio/beneficio relativamente alla necessità di evitare la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame RM,

AUTORIZZO

l'accompagnatore volontario a poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine.

Data ora

**TIMBRO E FIRMA del MEDICO
RADIOLOGO**

Io sottoscritto _____

In qualità di accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal medico responsabile dell'esame diagnostico, e preso atto dell'opportunità di poter assistere il paziente onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso,

ACCETTO

di espormi volontariamente ai rischi legati alla RM presenti durante l'esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e beneficio del paziente assistito.

Data ora

FIRMA DELL'ACCOMPAGNATORE

(o dei genitori e /o del rappresentante legale, e/o interprete/testimone)

Si allega obbligatoriamente alla presente autorizzazione il QUESTIONARIO ANAMNESTICO RM, firmato dal medico.

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e dal D.lgs. 10/08/2018 n.101.