



Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA
www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it
Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

Presidio Ospedaliero di Cittadella
U.O.C. CARDIOLOGIA

Cittadella lì, _____

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO

Al fine di fornire una migliore interpretazione delle informazioni circa il mio stato clinico e conseguentemente decidere sull'ulteriore iter clinico:

Io/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

acconsento volontariamente a sottopormi al suddetto test presso questo Laboratorio di Ecocardiografia dell'U.O. di Cardiologia di Cittadella.

Dichiaro inoltre di essere stato/a istruito/a dal personale medico e infermieristico in merito alle modalità specifiche di esecuzione dell'esame e sulla possibilità che durante la procedura insorgano sintomi e complicanze (aritmie, faringodinia, conati di vomito, difficoltà nella respirazione, lesioni alla mucosa esofagea).

L'esame consiste nell'introduzione di una sonda in esofago allo scopo di valutare la morfologia e la funzionalità del cuore dopo una scrupolosa raccolta anamnestica che escluda la presenza di patologia esofagea.

Di conseguenza sono stato messo al corrente:

- dei possibili rischi e complicanze insiti nell'indagine;
- della necessità di allertare tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena si verificassero le sopraccitate condizioni;
- del diritto di ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna giustificazione.

Dopo aver letto quanto sopra, autorizzo l'esecuzione dell'esame.

Firma _____

Il medico _____