



## **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL' ECOCARDIOGRAMMA con MEZZO DI CONTRASTO SALINO**

Io sottoscritto/a .....

nato/a il ..... / ..... / .....

in qualità di genitore/amministratore di .....

sostegno/tutore legale di .....

nato/a il .....

Allo scopo di

- verificare se la problematica ischemica cerebrale (ictus/TIA) è associata ad anomalie cardiache;
- verificare se l'emicrania è associata ad anomalie cardiache
- verificare gli eventuali rischi connessi alla attività subacquea;
- decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico

dopo aver letto e compreso tutto quanto riportato nella allegata nota informativa,  
e dopo aver ricevuti tutti i chiarimenti richiesti

**acconsento volontariamente a sottopormi ad  
ecocardiogramma  
con iniezione endovenosa di mezzo di contrasto salino.**

Firma del paziente .....

Data .....