



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL' ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO

Io sottoscritto/a

nato/a il / /

in qualità di genitore/amministratore di

sostegno/tutore legale di

nato/a il

allo scopo di

- meglio chiarire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati e/o aspetti morfologici e funzionali del cuore e dei grossi vasi;
- diagnosticare e/o quantificare le conseguenze funzionali di eventuali malattie del cuore e/o dei grossi vasi;
- definire la prognosi di una eventuale malattia cardiaca;
- decidere sull'ulteriore gestione clinica e terapeutica grazie alle specifiche informazioni che derivano da questo esame

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 transesofageo.**

Firma del paziente

Data