

San Donato Milanese \ \ , ore

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI: ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO

Paziente:
cognome nome

nato il sesso [M] [F]

Io sottoscritto dichiaro liberamente ed in piena coscienza di aver ottenuto tutte le informazioni necessarie per comprendere gli scopi e le modalità necessarie ad eseguire l'elettrocardiogramma da sforzo cui sarò sottoposto presso questo ambulatorio.

Sono inoltre stato/a informato/a dei possibili rischi e delle complicanze generali, cardiache e vascolari che tale procedura, sebbene eseguita con tutte le attenzioni, potrebbe procurare.

Sono inoltre consapevole che alcune di queste complicanze potrebbero essere pericolose anche per la vita e rendere necessarie manovre rianimatorie e/o un intervento chirurgico d'urgenza.

Soddisfatto/a da tutte le spiegazioni ottenute dal colloquio intercorso con il Dott e dichiarando di aver potuto disporre del tempo necessario per valutare' con attenzione quanto sopra esposto, accetto di sottopormi alla procedura.

.....
Cognome e Nome (in stampatello): del tutore del paziente inabilitato; dei genitori del paziente minorene esercenti la potestà genitoriale

.....
Firma del Paziente / tutore / genitore

.....
Firma dell'altro genitore

.....
Timbro e Firma del medico che riceve il consenso

.....
Firma del Testimone

NOTA: IL MINORE CHE HA PIÙ DI 14 ANNI DEVE FIRMARE UNITAMENTE A ENTRAMBI I GENITORI (O AL TUTORE).