

Gentile Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,  
con la presente La informiamo che, per la sua situazione clinica, Le  
viene proposta l'esecuzione di un **TEST ALLA AJMALINA**.

*Etichetta  
nosografica*

**CHE COSA E':** E' la somministrazione di una farmaco l'ajmalina che serve per evidenziare eventuali  
modificazioni dell'ECG diagnostiche di malattie aritmiche.

**COMPLICANZE:** Questo esame è largamente impiegato e di riconosciuta utilità. L'esecuzione del test  
può provocare effetti collaterali più lievi e molto raramente effetti collaterali seri (variazioni della  
pressione arteriosa, disturbi del ritmo cardiaco, infarto miocardio, scompenso cardiaco acuto). Sono  
disponibili apparecchiature di emergenza e personale addestrato in grado di ridurre eventuali rischi.

**Per presa visione**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

 PEDERZOLI	<b>DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ALLA AJMALINA</b>	Cod. CONS 05/CARD. STRUM.
		Rev. 3
		Data 19/10/2020
		Pagina di 2/2

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

### TEST ALLA AJMALINA

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al trattamento proposto, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

**acconsento**

**non acconsento, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione**

al trattamento proposto.

Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicità.

Inoltre,

**acconsento**

**non acconsento**

che, nel corso di tali procedure, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche. Tali registrazioni foto/video potrebbero essere comunque conservate, in forma del tutto anonima e senza alcuna possibilità di collegarle ai Suoi dati, per eventuali necessità didattiche o dimostrative.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il medico proponente Dott. \_\_\_\_\_