



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA
PROCTOLOGICA, BARIATRICA,
GASTROENTEROLOGICA**

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Centro Medico Rinascimento

Via Braccianese Claudia 58/a

00062 Bracciano RM

Tel 06 86661332 – 0696741131

Whatsapp 3332211574 - 3892089338 - 3275586281

Info@centromedico Rinascimento.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO – PERSONA CAPACE					
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	___ / ___ / ___		
Doc. d'identità		n.		del	___ / ___ / ___
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome del medico)					
Effettuato il	___ / ___ / ___	Relativamente al seguente atto sanitario proposto: (barrare la eventuali caselle del trattamento da effettuare)			

Le visite proctologica, bariatrica e gastroenterologica sono valutazioni specialistiche finalizzate alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie dell'apparato digerente, del distretto ano-rettale e delle condizioni correlate al peso corporeo.

Durante la visita il medico raccoglie l'anamnesi, valuta i sintomi riferiti dal paziente ed esegue, ove necessario, esami clinici e strumentali.

Gli accertamenti che possono essere eseguiti comprendono:

- visita proctologica;
- visita gastroenterologica;
- visita bariatrica;
- eventuali esami strumentali correlati.

Visita proctologica

La visita proctologica consente di valutare:

- sintomi quali dolore anale, sanguinamento, prurito, secrezioni, stipsi o incontinenza;
- patologie del distretto ano-rettale (es. emorroidi, ragadi, fistole, prolasso);
- lo stato della mucosa e delle strutture ano-rettali.

Può prevedere:

- ispezione della regione anale;
- esplorazione rettale digitale;

Durante l'esame il paziente potrebbe avvertire:

- lieve disagio o imbarazzo;
- modesto fastidio o dolore transitorio.

Visita gastroenterologica

La visita gastroenterologica consente di valutare:

- sintomi quali dolore addominale, reflusso, nausea, vomito, gonfiore, alterazioni dell'alvo;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA PROCTOLOGICA, BARIATRICA, GASTROENTEROLOGICA

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

- patologie acute o croniche dell'apparato digerente;
- necessità di ulteriori indagini diagnostiche.

Può includere:

- esame obiettivo dell'addome;
- valutazione della documentazione clinica;
- indicazione a esami quali gastroscopia, colonscopia o ecografia addominale.

Visita bariatrica

La visita bariatrica è finalizzata alla valutazione e gestione del sovrappeso e dell'obesità.

Consente di:

- valutare lo stato nutrizionale e metabolico;
- analizzare eventuali patologie associate (es. diabete, ipertensione);
- definire un percorso terapeutico personalizzato (dietetico, farmacologico o chirurgico).

Può prevedere:

- misurazioni antropometriche (peso, altezza, BMI, circonferenze);
- analisi dello stile di vita e delle abitudini alimentari;
- eventuale indicazione a ulteriori accertamenti o consulenze multidisciplinari.

Eventuali esami strumentali correlati

In base al quadro clinico, possono essere indicati:

- anoscopia o rettoscopia;
- ecografia addominale;
- esami endoscopici (gastroscopia, colonscopia);
- esami del sangue specifici;
- altri accertamenti specialistici.

Benefici attesi

Gli accertamenti consentono di:

- diagnosticare precocemente patologie dell'apparato digerente;
- monitorare condizioni cliniche già note;
- impostare trattamenti mirati;
- migliorare lo stato di salute generale e la qualità di vita.

Limiti diagnostici

Pur essendo di elevata utilità clinica, le visite e gli esami descritti possono non consentire una diagnosi definitiva in tutti i casi. Potrebbero rendersi necessari ulteriori accertamenti.

Possibili disagi o complicanze

Le procedure sono generalmente sicure e ben tollerate.

Possono tuttavia verificarsi:

- lieve dolore o fastidio durante la visita proctologica;
- disagio o imbarazzo durante l'esame;
- modesti disturbi transitori (es. crampi addominali);
- raramente piccoli sanguinamenti dopo manovre esplorative.



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA
PROCTOLOGICA, BARIATRICA,
GASTROENTEROLOGICA**

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete, aggiornate e comprensibili in merito alle proprie condizioni cliniche, alle finalità della visita specialistica e agli eventuali accertamenti diagnostico-strumentali proposti, inclusi benefici attesi, limiti, possibili rischi, effetti indesiderati e complicanze, nonché le eventuali alternative diagnostiche e terapeutiche disponibili;
- di aver avuto adeguato tempo e possibilità di porre domande e riflettere sulle informazioni ricevute durante il colloquio medico;
- di essere stato/a informato/a sulle possibili complicanze connesse alle procedure diagnostiche e/o strumentali, che possono includere, a titolo esemplificativo e non esaustivo: dolore, fastidio, reazioni vasovagali, sanguinamento, infezioni o eventi avversi correlati alle specifiche metodiche utilizzate;
- di essere consapevole che l'esito degli accertamenti e delle valutazioni cliniche non può essere garantito in modo assoluto e che potrebbe rendersi necessario integrare il percorso diagnostico con ulteriori esami o valutazioni;
- di essere consapevole di avere la facoltà di rifiutare, in tutto o in parte, le prestazioni proposte;
- di essere consapevole della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione della prestazione sanitaria.

Pertanto, acconsento all'esecuzione di:

- ☐ Visita proctologica
☐ Visita gastroenterologica
☐ Visita bariatrica
☐ Eventuali esami strumentali correlati

☐ **ACCETTO** quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto

☐ **NON ACCETTO**, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure

☐ **REVOCA (compilare in caso di)**
(data) _____

Firma _____

Data

Firma della persona assistita

Firma del medico

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

**Nome Cognome ed estremi
documento testimone**

Firma

**Nome Cognome ed estremi
documento testimone 2**

Firma

NEL CASO DI PERSONA IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome testimone _____ Firma _____

Nome Cognome testimone 2 _____ Firma _____



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA
PROCTOLOGICA, BARIATRICA,
GASTROENTEROLOGICA**

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Il/La sottoscritto/a (genitore/tutore)

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Residente in: _____

in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore legale

DICHIARA

di aver ricevuto tutte le informazioni relative alla visita specialistica e agli eventuali esami correlati

☐ ACCONSENTE

☐ NON ACCONSENTE

allo svolgimento degli accertamenti sul minore:

Nome e Cognome del minore: _____

Data di nascita: _____

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____