



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA CHIRURGIA GENERALE

(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@centromedicatorinascimento.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 eventuale caselle del trattamento da effettuare)		

La visita di chirurgia generale è una valutazione specialistica finalizzata alla prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie di interesse chirurgico.

Durante la visita il medico raccoglie l'anamnesi, valuta i sintomi riferiti dal paziente ed esegue l'esame obiettivo.

Qualora indicato, può essere proposta l'asportazione ambulatoriale di lesioni cutanee o sottocutanee, con eventuale utilizzo di anestesia locale, a scopo diagnostico e/o terapeutico.

Gli accertamenti e le procedure che possono essere eseguiti comprendono:

- visita chirurgica generale;
- valutazione clinica di lesioni cutanee e sottocutanee;
- eventuale asportazione chirurgica ambulatoriale;
- eventuale anestesia locale;
- eventuale invio del materiale asportato per esame istologico.

Visita di chirurgia generale

La visita consente di valutare:

- sintomi quali dolore, tumefazioni, ernie, lesioni cutanee o sottocutanee;
- patologie chirurgiche acute o croniche;
- necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici o terapeutici.

Può includere:

- esame obiettivo mirato;
- valutazione della documentazione clinica;
- indicazione a esami strumentali (ecografia, TAC, ecc.).



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA CHIRURGIA GENERALE

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

Asportazione di lesioni con anestesia locale

L'asportazione chirurgica ambulatoriale consiste nella rimozione di lesioni cutanee o sottocutanee (es. cisti, lipomi, nevi, fibromi), generalmente eseguita in anestesia locale.

La procedura può prevedere:

- disinfezione della cute;
- infiltrazione di anestetico locale;
- incisione e rimozione della lesione;
- eventuale sutura della ferita;
- medicazione finale;
- eventuale invio del campione per esame istologico.

Durante la procedura il paziente potrebbe avvertire:

- lieve dolore o bruciore al momento dell'iniezione dell'anestetico;
- sensazione di pressione o trazione;
- modesto disagio transitorio.

Benefici attesi

Le procedure consentono di:

- diagnosticare e trattare lesioni chirurgiche;
- prevenire eventuali complicanze;
- ottenere una diagnosi istologica quando necessario;
- migliorare i sintomi e la qualità di vita.

Limiti diagnostici

La valutazione clinica e l'eventuale asportazione possono non essere risolutive in tutti i casi. Potrebbero rendersi necessari ulteriori accertamenti o trattamenti chirurgici più complessi.

Possibili disagi o complicanze

Le procedure sono generalmente sicure e ben tollerate.

Possono tuttavia verificarsi:

- dolore o fastidio locale;
- sanguinamento;
- infezione della ferita;
- ematoma o sieroma;
- cicatrice (talvolta esiti cicatriziali evidenti o cheloidi);
- deiscenza della ferita;
- recidiva della lesione;
- rare reazioni all'anestetico locale (es. reazioni allergiche, capogiri, palpitazioni).

Indicazioni post-procedura

Il paziente riceverà indicazioni relative a:

- cura della ferita e medicazioni;
- eventuale terapia farmacologica;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA CHIRURGIA GENERALE

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

- tempi di rimozione dei punti (se presenti);
- controlli successivi.

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto dal medico adeguate, chiare, complete e comprensibili informazioni in merito alle proprie condizioni cliniche attuali, nonché agli accertamenti diagnostici e/o alla procedura chirurgica di asportazione proposta;
- di aver compreso finalità, modalità di esecuzione, indicazioni cliniche, benefici attesi, possibili alternative terapeutiche, limiti diagnostici e i potenziali rischi e complicanze, anche se rari, connessi alla visita specialistica e/o all'eventuale procedura;
- di aver effettuato un colloquio informativo con il medico della durata indicativa di ____ minuti, ritenuto adeguato alla natura della prestazione, durante il quale ha potuto porre domande e ricevere risposte esaurienti e comprensibili;
- di essere stato/a informato/a circa la possibilità di rifiutare o revocare il presente consenso in qualsiasi momento, prima dell'esecuzione della prestazione sanitaria, senza pregiudizio per il prosieguo dell'assistenza;
- di acconsentire, pertanto, all'esecuzione della visita specialistica di chirurgia generale e, ove indicato, alla procedura di asportazione. Pertanto, acconsento all'esecuzione di:

- ☐ Visita di chirurgia generale
- ☐ Eventuale asportazione chirurgica ambulatoriale
- ☐ Eventuale anestesia locale
- ☐ Eventuale invio del materiale per esame istologico

- ☐ ACCETTO, liberamente e spontaneamente, il trattamento proposto
- ☐ NON ACCETTO, consapevole dei rischi del rifiuto
- ☐ REVOCA (compilare in caso di revoca)

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
CHIRURGIA GENERALE**

(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 chirurgica e agli eventuali interventi 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: _____