



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA
ENDOCRINOLOGIA / DIABETOLOGICA**
(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

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 eventuali caselle del trattamento da effettuare)			

La visita diabetologica ed endocrinologica è una valutazione specialistica finalizzata alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie metaboliche ed endocrine.

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 diabetologica;
- visita endocrinologica;
- ecografia tiroidea.

Visita diabetologica

La visita diabetologica consente di valutare:

- alterazioni della glicemia (iperglicemia o ipoglicemia);
- presenza di diabete mellito o condizioni di rischio (es. prediabete);
- eventuali complicanze acute o croniche;
- stile di vita, alimentazione e terapia in atto;
- necessità di modifiche terapeutiche o ulteriori approfondimenti.

Visita endocrinologica

La visita endocrinologica consente di valutare:

- disturbi legati alle ghiandole endocrine (tiroide, ipofisi, surreni, gonadi);
- sintomi quali variazioni di peso, stanchezza, alterazioni del ciclo mestruale, intolleranza al caldo/freddo, caduta dei capelli;



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA
ENDOCRINOLOGIA / DIABETOLOGICA**
(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

- eventuali patologie endocrine acute o croniche;
- necessità di ulteriori esami diagnostici o trattamenti.

Ecografia tiroidea

L'ecografia tiroidea è un esame non invasivo che utilizza ultrasuoni per valutare la ghiandola tiroide e le strutture del collo.

È priva di radiazioni ionizzanti ed è generalmente ben tollerata.

Consente di:

- valutare dimensioni e morfologia della tiroide;
- identificare noduli tiroidei;
- monitorare patologie tiroidee note;
- individuare eventuali alterazioni dei tessuti circostanti.

Durante l'esame non sono generalmente previsti disagi significativi; può essere avvertita una lieve pressione della sonda sul collo.

Benefici attesi

Gli accertamenti diabetologici ed endocrinologici consentono di:

- diagnosticare precocemente patologie metaboliche ed endocrine;
- monitorare condizioni cliniche già note;
- valutare l'efficacia delle terapie in atto;
- impostare o modificare percorsi terapeutici e di follow-up.

Limiti diagnostici

Gli esami descritti, pur essendo di elevata utilità clinica, possono non essere sufficienti per una diagnosi completa.

Potrebbe essere necessario ricorrere a ulteriori accertamenti, quali:

- esami ematochimici e ormonali;
- test dinamici endocrini;
- ecografie di altri distretti;
- TAC o risonanza magnetica;
- agoaspirato tiroideo.

Possibili disagi o complicanze

Le procedure sono generalmente sicure e ben tollerate.

Possono raramente verificarsi:

- lieve disagio durante la palpazione o l'ecografia;
- modesto fastidio legato alla visita clinica.

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche e sugli accertamenti proposti;
- di aver compreso finalità, modalità di esecuzione, benefici attesi, limiti diagnostici e possibili disagi;
- di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte esaurienti;



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA
ENDOCRINOLOGIA / DIABETOLOGICA**
(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

- di essere consapevole della possibilità di rifiutare o revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione degli esami.

Pertanto, acconsento all'esecuzione di:

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

Data _____ Firma _____

Firma della persona assistita _____

Firma del medico _____

NEL CASO DI PERSONA IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome testimone _____ Firma _____
Nome Cognome testimone 2 _____ Firma _____

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 diabetologica ed endocrinologica 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: _____