



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA GINECOLOGICA

(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@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 casella del trattamento da effettuare)		

La visita ginecologica è una valutazione specialistica finalizzata alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie dell'apparato genitale femminile.

Durante la visita il medico raccoglie l'anamnesi, valuta eventuali sintomi riferiti dalla paziente ed esegue, ove indicato, esami clinici e strumentali.

Gli accertamenti che possono essere eseguiti comprendono:

- visita ginecologica/ostetrica;
- Pap Test, ThinPrep e/o HPV test;
- ecografia ginecologica transaddominale e/o transvaginale;
- ecografia morfologica (in gravidanza, se indicata);
- tampone vaginale, cervicale e/o rettale.

Visita ginecologica

La visita ginecologica consiste nell'esame clinico degli organi genitali esterni ed interni.

Può comprendere:

- ispezione dei genitali esterni;
- esplorazione vaginale;
- valutazione del collo dell'utero;
- palpazione bimanuale dell'utero e degli annessi.

La procedura può determinare un lieve disagio o fastidio, generalmente temporaneo.

Pap Test, ThinPrep e HPV test

Il Pap Test, il ThinPrep e l'HPV test sono esami di screening che consentono di individuare eventuali alterazioni cellulari e la presenza del Papillomavirus umano (HPV), responsabile di possibili lesioni del collo dell'utero.

Il Pap Test e il ThinPrep prevedono il prelievo di cellule dal collo dell'utero mediante appositi strumenti. Il ThinPrep consiste nella conservazione del campione in fase liquida, che può migliorare la qualità dell'analisi.

L'HPV test consiste nel prelievo di materiale cellulare per la ricerca del DNA virale del Papillomavirus umano.

Il prelievo può provocare un lieve fastidio, modeste perdite ematiche o lieve bruciore transitorio.

Questi esami non sostituiscono altri eventuali accertamenti specialistici e non consentono di identificare tutte le patologie ginecologiche.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA GINECOLOGICA

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

Rev.01 del 14.4.2026

Ecografia ginecologica e morfologica

L'ecografia ginecologica può essere eseguita per via transaddominale e/o transvaginale.

L'ecografia transaddominale viene effettuata appoggiando una sonda sull'addome e richiede generalmente una moderata distensione della vescica.

L'ecografia transvaginale viene eseguita mediante introduzione di una sonda dedicata in vagina, protetta da apposito presidio monouso.

L'esame consente di valutare:

- utero;
- ovaie;
- annessi;
- endometrio;
- eventuali formazioni patologiche.

L'ecografia morfologica è un esame eseguito in gravidanza, generalmente tra la 19^a e la 22^a settimana, finalizzato allo studio dettagliato dell'anatomia fetale e delle strutture materne correlate.

L'esame può determinare lieve disagio o fastidio, generalmente transitorio.

Tampone vaginale, cervicale e rettale

Il tampone vaginale, cervicale e/o rettale consiste nel prelievo di materiale biologico mediante apposito tampone sterile.

L'esame è finalizzato alla ricerca di infezioni batteriche, micotiche, virali o di altra natura.

Il prelievo può provocare lieve fastidio, modesto bruciore o minime perdite ematiche temporanee.

Benefici attesi

Gli accertamenti ginecologici consentono di:

- individuare precocemente eventuali patologie;
- monitorare condizioni cliniche già note;
- programmare eventuali ulteriori accertamenti o trattamenti;
- effettuare attività di prevenzione e screening.

Limiti diagnostici

Pur essendo esami di elevata utilità clinica, i risultati possono non essere sempre conclusivi. In particolare:

- alcune alterazioni possono non essere rilevabili al momento dell'esame;
- alcune patologie possono richiedere ulteriori approfondimenti diagnostici;
- il Pap Test, ThinPrep e HPV test non identificano tutte le lesioni del collo dell'utero;
- l'ecografia può non consentire una diagnosi definitiva di tutte le patologie.

Possibili disagi o complicanze

Le procedure descritte sono generalmente ben tollerate.

Possono raramente verificarsi:

- lieve dolore o fastidio durante l'esame;
- modeste perdite ematiche;
- irritazione o bruciore temporaneo;
- reazioni vagali con senso di malessere o vertigini.

DICHIARAZIONE

Dichiaro:

- di non essere in stato di gravidanza ☐ / di essere in stato di gravidanza ☐ (se noto);
- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili riguardo alle seguenti prestazioni sanitarie:

- ☐ Visita ginecologica
- ☐ Pap Test, ThinPrep e/o HPV test
- ☐ Ecografia ginecologica (transaddominale e/o transvaginale)
- ☐ Ecografia morfologica (se applicabile)
- ☐ Tampone vaginale, cervicale e/o rettale

In particolare, dichiara di essere stata informata su:

- finalità degli esami (prevenzione, diagnosi e monitoraggio di eventuali patologie);
- modalità di esecuzione delle procedure;
- eventuali fastidi o rischi minimi connessi agli esami;
- possibili alternative diagnostiche, se applicabili.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA GINECOLOGICA

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

Rev.01 del 14.4.2026

DICHIARO CHE:

- ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche;
- ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto che mi è stato illustrato e spiegato durante il colloquio
- sono stato informato sulle possibili complicanze connesse al trattamento che andrò ad effettuare;
- sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi trattamento proposto
- sono inoltre a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento

☐

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

SEZIONE FACOLTATIVA – PAZIENTE MINORENNE

La sottoscritta/Il sottoscritto (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 alle prestazioni ginecologiche sopra indicate e di aver compreso quanto spiegato.

☐ **ACCONSENTE**

☐ **NON ACCONSENTE**

all'esecuzione delle suddette prestazioni sulla minore:

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____