



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA NUTRIZIONALE E ANALISI BIA

(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 nutrizionale è una valutazione specialistica finalizzata all'analisi dello stato nutrizionale della persona, delle abitudini alimentari, dello stile di vita e dell'eventuale presenza di patologie o condizioni cliniche che possano influenzare il fabbisogno nutrizionale.

La visita può comprendere:

- raccolta dell'anamnesi personale, familiare e alimentare;
- valutazione delle abitudini nutrizionali;
- rilevazione di peso, altezza, circonferenze corporee e altri parametri antropometrici;
- definizione di obiettivi nutrizionali;
- eventuale elaborazione di un piano alimentare personalizzato;
- esecuzione dell'analisi bioimpedenziometrica (BIA).

Finalità della visita nutrizionale

La visita nutrizionale è finalizzata a:

- valutare lo stato nutrizionale e metabolico;
- individuare eventuali squilibri alimentari;
- monitorare il peso corporeo e la composizione corporea;
- supportare il trattamento di sovrappeso, obesità, sottopeso o patologie correlate;
- impostare un percorso nutrizionale personalizzato.

Analisi Bioimpedenziometrica (BIA)

L'analisi BIA è un esame non invasivo che consente di valutare la composizione corporea mediante il passaggio di una corrente elettrica a bassissima intensità, non percepibile dal paziente.

L'esame permette di stimare:

- massa grassa;
- massa magra;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA NUTRIZIONALE E ANALISI BIA

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

Rev.01 del 14.4.2026

- massa muscolare;
- acqua corporea totale;
- stato di idratazione;
- metabolismo basale.

L'esame viene eseguito mediante applicazione di elettrodi adesivi o tramite appositi sensori posizionati su mani e piedi.

Controindicazioni e limitazioni della BIA

L'analisi BIA non deve essere eseguita nei seguenti casi:

- presenza di pacemaker o altri dispositivi elettromedicali impiantabili;
- gravidanza, salvo diversa indicazione del medico;
- presenza di defibrillatori impiantabili;
- impossibilità a mantenere la posizione richiesta durante l'esame.

I risultati dell'analisi possono essere influenzati da:

- stato di idratazione;
- recente attività fisica intensa;
- assunzione recente di cibo o bevande;
- ciclo mestruale;
- terapie farmacologiche;
- particolari condizioni cliniche.

Benefici attesi

La visita nutrizionale e l'analisi BIA consentono di:

- ottenere una valutazione personalizzata dello stato nutrizionale;
- monitorare nel tempo i cambiamenti della composizione corporea;
- impostare strategie alimentari adeguate;
- migliorare il controllo del peso e dello stato di salute generale.

Possibili disagi o complicanze

La visita nutrizionale e la BIA sono generalmente ben tollerate e non comportano rischi significativi.

Durante la valutazione possono raramente verificarsi:

- lieve fastidio dovuto all'applicazione degli elettrodi;
- temporaneo disagio emotivo legato alla misurazione del peso o dei parametri corporei;
- lieve irritazione cutanea nella sede di applicazione degli elettrodi.

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche, sulla visita nutrizionale e sull'analisi BIA proposte, sui benefici attesi, sugli eventuali rischi, limiti metodologici e controindicazioni, nonché sulle possibili alternative;
- di aver avuto la possibilità di riflettere sul percorso proposto, illustrato e spiegato durante il colloquio;
- di essere stato/a informato/a sulle possibili limitazioni o controindicazioni connesse alla visita nutrizionale e all'analisi BIA;
- di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte esaurienti e comprensibili;
- di aver comunicato l'eventuale presenza di gravidanza, pacemaker, defibrillatori o altri dispositivi impiantabili;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA NUTRIZIONALE E ANALISI BIA

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

Rev.01 del 14.4.2026

- di essere consapevole di avere la facoltà di rifiutare, in tutto o in parte, gli accertamenti o il trattamento nutrizionale proposto;
- di essere consapevole della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione degli esami o nel corso del percorso nutrizionale.

☐ **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

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 nutrizionale e all'analisi BIA del minore e di aver compreso pienamente quanto spiegato.

☐ **ACCONSENTE**

☐ **NON ACCONSENTE**

allo svolgimento della visita nutrizionale e dell'analisi BIA sul minore:

Nome e Cognome del minore: _____

Data di nascita: _____

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____