



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA OCULISTICA

(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 oculistica è una valutazione specialistica finalizzata alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie oculari e dei disturbi della vista.

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

La visita può comprendere:

- valutazione dell'acuità visiva;
- misurazione della refrazione;
- esame del segmento anteriore dell'occhio;
- misurazione della pressione intraoculare;
- esame del fondo oculare;
- valutazione della motilità oculare;
- eventuale prescrizione di lenti correttive o ulteriori approfondimenti diagnostici.

Finalità della visita oculistica

La visita oculistica consente di:

- valutare la funzionalità visiva;
- individuare eventuali difetti refrattivi;
- diagnosticare patologie oculari;
- monitorare malattie già note;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA OCULISTICA

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

Rev.01 del 14.4.2026

- definire eventuali percorsi terapeutici o diagnostici successivi.

Modalità di esecuzione

La visita viene eseguita mediante osservazione clinica e utilizzo di specifiche apparecchiature.

In alcuni casi può rendersi necessario l'utilizzo di colliri midriatici per dilatare la pupilla e consentire una migliore visualizzazione del fondo oculare.

L'instillazione di tali colliri può determinare:

- offuscamento temporaneo della vista;
- maggiore sensibilità alla luce;
- difficoltà temporanea nella guida o nello svolgimento di attività che richiedano una visione nitida.

Gli effetti della dilatazione pupillare possono durare da alcune ore fino all'intera giornata.

Possibili disagi o complicanze

La visita oculistica è generalmente ben tollerata e priva di rischi significativi.

Possono raramente verificarsi:

- lieve fastidio durante gli esami;
- bruciore o irritazione temporanea dopo l'instillazione di colliri;
- lieve lacrimazione;
- modesta cefalea;
- reazioni allergiche ai colliri utilizzati;
- transitorio aumento della pressione oculare in soggetti predisposti.

Limiti diagnostici

Pur essendo di elevata utilità clinica, la visita oculistica può non consentire di identificare tutte le patologie oculari presenti.

In alcuni casi possono essere necessari ulteriori approfondimenti diagnostici, quali:

- OCT;
- campo visivo;
- pachimetria;
- fluorangiografia;
- ecografia oculare;
- esami specialistici aggiuntivi.

DICHIARO CHE:



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA OCULISTICA

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

Rev.01 del 14.4.2026

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche e sulla visita oculistica proposta;
- di aver compreso le finalità, le modalità di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi, i limiti diagnostici e le possibili complicanze;
- di essere stato/a informato/a sull'eventuale utilizzo di colliri midriatici e sui relativi effetti temporanei;
- di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte esaurienti e comprensibili;
- di essere consapevole della facoltà di rifiutare, in tutto o in parte, gli accertamenti proposti;
- di essere consapevole della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione degli esami.

Pertanto, acconsento all'esecuzione di:

- ☐ Visita oculistica
- ☐ Misurazione pressione oculare
- ☐ Fondo oculare
- ☐ Dilatazione pupillare

- ☐ **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: _____



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA
OCULISTICA**

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

Rev.01 del 14.4.2026

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 oculistica sul minore:

Nome e Cognome del minore: _____

Data di nascita: _____

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____