



## INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA PNEUMOLOGICA

(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](mailto:Info@centromedicatorinascimento.it)

| MODULO DI CONSENSO INFORMATO – PERSONA CAPACE                    |             |                 |                                                                                                                    |     |             |
|------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|
| Io sottoscritto/a<br>(Nome e Cognome)                            |             |                 |                                                                                                                    |     |             |
| Nato/a a                                                         |             | Il (GG/MM/AAAA) | ___/___/___                                                                                                        |     |             |
| Doc. d'identità                                                  |             | n.              |                                                                                                                    | del | ___/___/___ |
| Con riferimento al colloquio con:<br>(Nome e Cognome del medico) |             |                 |                                                                                                                    |     |             |
| Effettuato il                                                    | ___/___/___ |                 | Relativamente al seguente atto sanitario proposto: (barrare la<br>eventuali caselle del trattamento da effettuare) |     |             |

La visita pneumologica è una valutazione specialistica finalizzata alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie dell'apparato respiratorio.

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 pneumologica;
- spirometria semplice;
- prova farmacologica con broncodilatatore;
- ecografia polmonare.

### **Visita pneumologica**

La visita pneumologica consente di valutare:

- sintomi respiratori quali tosse, dispnea, sibili o dolore toracico;
- eventuali patologie respiratorie acute o croniche;
- abitudini di vita e fattori di rischio;
- necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici o terapeutici.



## INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA PNEUMOLOGICA

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

Rev.01 del 14.4.2026

### ***Spirometria semplice***

La spirometria semplice è un esame non invasivo che consente di valutare la funzionalità respiratoria mediante l'esecuzione di manovre respiratorie forzate.

L'esame richiede la collaborazione attiva del paziente, che dovrà inspirare ed espirare secondo le indicazioni dell'operatore.

La spirometria consente di valutare:

- volumi polmonari;
- capacità respiratoria;
- eventuale presenza di ostruzione bronchiale;
- eventuale presenza di restrizione respiratoria.

Durante l'esame possono verificarsi temporaneamente:

- lieve affaticamento;
- tosse;
- capogiri;
- modesto senso di costrizione toracica.

### ***Prova farmacologica (test di broncodilatazione)***

La prova farmacologica consiste nella somministrazione di un farmaco broncodilatatore, seguita da una nuova spirometria, al fine di valutare l'eventuale reversibilità dell'ostruzione bronchiale.

Il farmaco utilizzato può raramente provocare effetti lievi e temporanei quali:

- tremori;
- tachicardia;
- agitazione;
- lieve cefalea;
- sensazione di palpitazione.

### ***Ecografia polmonare***

L'ecografia polmonare è un esame non invasivo che utilizza ultrasuoni per valutare il parenchima polmonare, la pleura e la presenza di eventuali alterazioni.

L'esame è privo di radiazioni ionizzanti e generalmente ben tollerato.

Può essere utile per:

- evidenziare versamenti pleurici;
- valutare addensamenti polmonari;
- monitorare processi infiammatori;



## INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA PNEUMOLOGICA

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

Rev.01 del 14.4.2026

- identificare alterazioni pleuriche.

### **Benefici attesi**

Gli accertamenti pneumologici consentono di:

- diagnosticare precocemente patologie respiratorie;
- monitorare condizioni cliniche già note;
- valutare l'efficacia di eventuali trattamenti;
- programmare ulteriori approfondimenti diagnostici o terapeutici.

### **Limiti diagnostici**

Pur essendo di elevata utilità clinica, gli esami descritti possono non consentire di identificare tutte le patologie respiratorie.

In alcuni casi può rendersi necessario ricorrere a ulteriori accertamenti, quali:

- radiografia del torace;
- TAC torace;
- test allergologici;
- emogasanalisi;
- polisonnografia;
- broncoscopia.

### **Possibili disagi o complicanze**

Le procedure descritte sono generalmente ben tollerate e prive di rischi significativi.

Possono raramente verificarsi:

- lieve affaticamento;
- tosse;
- capogiri;
- tachicardia transitoria;
- lieve irritazione delle vie respiratorie;
- modesto disagio durante le manovre respiratorie.



## INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA PNEUMOLOGICA

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

Rev.01 del 14.4.2026

### DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche e sugli accertamenti pneumologici proposti;
- di aver compreso le finalità, le modalità di esecuzione, i benefici attesi, i limiti diagnostici e gli eventuali disagi correlati agli esami;
- di essere stato/a informato/a sui possibili effetti temporanei della prova farmacologica con broncodilatatore;
- 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 pneumologica
- ☐ Spirometria semplice
- ☐ Prova farmacologica con broncodilatatore
- ☐ Ecografia polmonare

- ☐ **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



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA  
PNEUMOLOGICA**

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

Rev.01 del 14.4.2026

**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 PNEUMOLOGICA

☐ 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: \_\_\_\_\_