



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA CHIRURGIA VASCOLARE

(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 le eventuali caselle del trattamento da effettuare)		

La visita di chirurgia vascolare è una valutazione specialistica finalizzata alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie del sistema vascolare arterioso e venoso.

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 di chirurgia vascolare;
- ecocolordoppler arterioso e/o venoso;
- eventuale trattamento di mesoterapia.

Visita di chirurgia vascolare

La visita consente di valutare:

- sintomi quali dolore agli arti, gonfiore, pesantezza, crampi, formicolii, varici o alterazioni cutanee;
- eventuali patologie vascolari (insufficienza venosa, arteriopatie, trombosi, ecc.);
- stato della circolazione arteriosa e venosa;
- necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici o terapeutici.

Ecocolordoppler

L'ecocolordoppler è un esame non invasivo che utilizza ultrasuoni per studiare il flusso sanguigno nei vasi.

Consente di:

- valutare la circolazione arteriosa e venosa;
- individuare stenosi, reflussi o trombosi;
- monitorare patologie vascolari nel tempo.

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

Mesoterapia

La mesoterapia consiste nella somministrazione mediante microiniezioni intradermiche di farmaci o sostanze specifiche.

Può essere utilizzata per:



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA CHIRURGIA VASCOLARE

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

Rev.01 del 14.4.2026

- insufficienza venosa e linfatica;
- edema e pesantezza degli arti;
- miglioramento del microcircolo;
- trattamento di inestetismi come cellulite.

Durante il trattamento il paziente può avvertire:

- lieve fastidio o bruciore;
- piccoli pomfi cutanei temporanei;
- modesto disagio localizzato.

Benefici attesi

Gli accertamenti e trattamenti vascolari consentono di:

- diagnosticare precocemente patologie vascolari;
- migliorare la circolazione sanguigna e linfatica;
- ridurre sintomi quali dolore, gonfiore e pesantezza;
- impostare un corretto percorso terapeutico.

Limiti diagnostici

Pur essendo di elevata utilità clinica, gli esami descritti possono non consentire una diagnosi definitiva in tutti i casi.

Potrebbero rendersi necessari ulteriori accertamenti, quali:

- angio-TAC;
- angio-RM;
- esami ematochimici;
- valutazioni specialistiche aggiuntive.

Possibili disagi o complicanze

Le procedure sono generalmente sicure e ben tollerate.

Possono raramente verificarsi:

- lieve dolore o fastidio durante la visita o il doppler;
- piccoli ematomi o ecchimosi;
- reazioni locali dopo mesoterapia (rossore, gonfiore, prurito);
- infezioni locali (rare);
- reazioni allergiche ai farmaci utilizzati (rare).

Controindicazioni

Le procedure possono essere controindicate o rinviate in caso di:

- infezioni cutanee nella zona da trattare;
- allergia ai farmaci utilizzati;
- gravidanza (per mesoterapia, valutazione medica);
- patologie acute in atto;
- disturbi della coagulazione (valutazione medica).

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche e sulla **visita specialistica di chirurgia vascolare** proposta (eventualmente comprensiva di esame obiettivo, valutazione anamnestica ed esami diagnostici non invasivi quali ecocolordoppler), sui benefici attesi, sui limiti, sui possibili rischi, effetti indesiderati e complicanze, nonché sulle eventuali alternative diagnostiche e terapeutiche disponibili;
- di aver avuto la possibilità di riflettere sulla prestazione proposta, illustrata e spiegata durante il colloquio medico;
- di essere stato/a informato/a sulle possibili complicanze connesse alla visita e agli eventuali accertamenti diagnostici non invasivi, generalmente minime, quali lieve fastidio locale durante l'esame, pressione della sonda ecografica, o modesto disagio correlato alla manovra clinica;
- di essere stato/a informato/a che la valutazione specialistica è basata sui dati clinici e strumentali rilevati al momento della visita e che potrebbe rendersi necessario integrare con ulteriori accertamenti per una definizione diagnostica completa;
- di essere consapevole di avere la facoltà di rifiutare, in tutto o in parte, la prestazione proposta;
- di essere consapevole della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione della prestazione.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA CHIRURGIA VASCOLARE

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

Rev.01 del 14.4.2026

Pertanto, acconsento all'esecuzione di:

- ☐ Visita di chirurgia vascolare
- ☐ Ecocolordoppler
- ☐ Mesoterapia
- ☐ Eventuali ulteriori accertamenti diagnostici

- ☐ **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	

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 di chirurgia vascolare 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: _____