



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA IMMUNOLOGICA/ALLERGOLOGICA

(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		II (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 allergologica/immunologica è una valutazione specialistica finalizzata alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie allergiche e del sistema immunitario.

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

Gli accertamenti che possono essere eseguiti comprendono:

- visita allergologica/immunologica;
- prick test cutanei per allergeni inalanti e/o alimentari;
- eventuali test di approfondimento diagnostico.

Visita allergologica / immunologica

La visita consente di valutare:

- sintomi quali rinite, congiuntivite, asma, orticaria, dermatiti, prurito, disturbi gastrointestinali o reazioni sistemiche;
- eventuali patologie allergiche o immunologiche acute o croniche;
- storia clinica personale e familiare;
- necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici o terapeutici.

Prick test cutanei

I prick test sono esami diagnostici che consentono di individuare eventuali sensibilizzazioni allergiche.

Vengono eseguiti mediante:

- applicazione sulla cute (avambraccio o dorso) di piccole quantità di allergeni standardizzati;
- lieve puntura superficiale della pelle.

Durante il test il paziente potrebbe avvertire:

- lieve fastidio;
- prurito nella sede di applicazione;
- comparsa di pomfi cutanei temporanei.

La lettura del test avviene generalmente dopo 15–20 minuti.

Benefici attesi

Gli accertamenti allergologici/immunologici consentono di:



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA
IMMUNOLOGICA/ALLERGologica**
(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

- identificare allergeni responsabili dei sintomi;
- diagnosticare patologie allergiche o immunologiche;
- impostare un corretto trattamento terapeutico e preventivo;
- migliorare la qualità di vita del paziente.

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:

- esami del sangue (IgE totali e specifiche);
- test intradermici;
- test di provocazione controllata;
- ulteriori valutazioni specialistiche.

Possibili disagi o complicanze

Le procedure sono generalmente sicure e ben tollerate.

Possono raramente verificarsi:

- prurito, arrossamento o gonfiore locali;
- orticaria;
- lieve malessere o capogiri;
- reazioni allergiche sistemiche (rare);
- reazione anafilattica (evento eccezionale).

I test vengono eseguiti in ambiente controllato con disponibilità di presidi di emergenza.

Controindicazioni

L'esecuzione dei prick test può essere controindicata o rinviata in caso di:

- assunzione recente di antistaminici;
- lesioni cutanee diffuse nella sede del test;
- patologie acute in atto;
- gravidanza (valutazione medica);
- precedenti reazioni allergiche severe (valutazione specialistica).

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche e sulla **valutazione allergologica e/o immunologica** proposta (comprensiva di visita specialistica ed eventuale esecuzione di test diagnostici quali prick test, patch test, test intradermici, test di provocazione o altri accertamenti), 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 agli accertamenti allergologici/immunologici, incluse reazioni locali (eritema, prurito, edema), orticaria, angioedema, riacutizzazione dei sintomi allergici e, seppur raramente, **reazioni sistemiche anche gravi fino allo shock anafilattico**, per le quali sono disponibili presidi e protocolli di gestione immediata;
- di essere stato/a informato/a che i risultati degli accertamenti possono essere influenzati da condizioni individuali, terapie in atto o fattori esterni e che potrebbe rendersi necessario integrare con ulteriori esami per una definizione diagnostica completa;
- di essere stato/a informato/a che eventuali percorsi terapeutici (es. immunoterapia specifica) saranno oggetto di **separato e specifico consenso informato**;
- 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.

Accenso all'esecuzione di:

- ☐ Visita allergologica / immunologica
- ☐ Prick test per allergeni inalanti
- ☐ Prick test per allergeni alimentari
- ☐ Eventuali ulteriori accertamenti diagnostici



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA IMMUNOLOGICA/ALLERGOLOGICA

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

Rev.01 del 14.4.2026

- ☐ **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 allergologica/immunologica 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: _____