



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA MEDICA

(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)			

Visita Medica

La visita medica è una valutazione clinica finalizzata alla raccolta delle informazioni sullo stato di salute del paziente, alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio di eventuali patologie, nonché alla definizione di eventuali percorsi terapeutici o ulteriori accertamenti diagnostici.

Durante la visita il medico raccoglie l'anamnesi personale e familiare, valuta i sintomi riferiti dal paziente ed esegue, ove necessario, l'esame obiettivo.

La visita può comprendere:

- raccolta dell'anamnesi patologica remota e prossima;
- valutazione dei sintomi riferiti;
- rilevazione dei parametri vitali;
- esame obiettivo generale;
- valutazione della documentazione clinica disponibile;
- prescrizione di eventuali approfondimenti diagnostici, terapie o controlli specialistici.

Finalità della visita medica

La visita medica consente di:

- valutare lo stato generale di salute;
- identificare eventuali segni o sintomi di patologia;
- monitorare patologie già note;
- definire eventuali ulteriori accertamenti diagnostici;
- impostare un percorso terapeutico o di follow-up.

Modalità di esecuzione

La visita viene eseguita mediante colloquio clinico e valutazione obiettiva del paziente.

A seconda delle necessità cliniche, il medico potrà eseguire:

- auscultazione cardiaca e polmonare;
- palpazione dell'addome;
- misurazione della pressione arteriosa;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA MEDICA

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

Rev.01 del 14.4.2026

- rilevazione della frequenza cardiaca;
- valutazione della saturazione di ossigeno;
- esame di eventuali distretti corporei specifici.

Benefici attesi

La visita medica consente di:

- ottenere una valutazione clinica generale;
- individuare precocemente eventuali problematiche di salute;
- programmare eventuali esami o trattamenti;
- monitorare l'andamento di patologie note.

Limiti diagnostici

La visita medica, pur essendo fondamentale ai fini diagnostici, può non consentire da sola di identificare tutte le patologie presenti.

In alcuni casi può rendersi necessario ricorrere a ulteriori accertamenti diagnostici, esami strumentali o visite specialistiche.

Possibili disagi o complicanze

La visita medica è generalmente priva di rischi significativi.

Possono raramente verificarsi:

- lieve disagio emotivo durante il colloquio clinico;
- modesto fastidio durante alcune manovre semeiologiche;
- temporaneo disagio legato alla valutazione di sintomi o condizioni cliniche.

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche e sulla visita medica proposta;
- di aver compreso le finalità, le modalità di esecuzione, i benefici attesi, i limiti diagnostici e gli eventuali disagi correlati;
- 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 della visita.

☐

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 MEDICA

(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 MEDICA

☐ 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: _____