

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente: .....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico** (al momento della proposta della prestazione):  
pap test anomalo, riscontro durante la visita di controllo di lesioni erosive e/o floride a carico di vulva, vagina e collo dell'utero, follow-up di lesioni vaginali e/o cervicali, follow up post-trattamento chirurgico cervico-vaginale.
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**  
nessuna variante, l'esame ha una procedura standardizzata di esecuzione.
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**  
valutazione e diagnosi.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**  
mancata diagnosi, ritardo o errore nella cura.
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze:**  
emorragie genitali, lieve dolore, reazione vagale pre-lipotimica o lipotimia.
- f) **possibili problemi di recupero** (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):  
eventuale astensione dai rapporti per alcuni giorni, eventuale posizionamento di punti di sutura in sede di lesione.
- g) **possibilità di alternative** (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):  
follow-up clinico e colpocitologico.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**  
.....

Io sottoscritto/a ..... documento di riconoscimento ..... | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora ..... durante il colloquio con il

Dott./Prof. .... sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

**COLPOSCOPIA CON EVENTUALE BIOPSIA**

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

**Acconsentire**  ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

**Firma del/della Paziente** (o chi ne fa le veci) .....

Nome e Cognome di chi ne fa le veci .....

**Firma del Testimone** .....

(Persona presente al colloquio)

**Timbro e Firma del Medico** .....Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete  SI  NO**Firma dell'Interprete** .....

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente: .....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico** (al momento della proposta della prestazione):  
pap test anomalo, riscontro durante la visita di controllo di lesioni erosive e/o floride a carico di vulva, vagina e collo dell'utero, follow-up di lesioni vaginali e/o cervicali, follow up post-trattamento chirurgico cervico-vaginale.
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**  
nessuna variante, l'esame ha una procedura standardizzata di esecuzione.
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**  
valutazione e diagnosi.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**  
mancata diagnosi, ritardo o errore nella cura.
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze:**  
emorragie genitali, lieve dolore, reazione vagale pre-lipotimica o lipotimia.
- f) **possibili problemi di recupero** (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):  
eventuale astensione dai rapporti per alcuni giorni, eventuale posizionamento di punti di sutura in sede di lesione.
- g) **possibilità di alternative** (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):  
follow-up clinico e colpocitologico.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**  
.....

Io sottoscritto/a ..... documento di riconoscimento ..... | | | | | | | | | |  
data .../.../..... ora ..... durante il colloquio con il

Dott./Prof. .... sono stato/a informato/a in merito alla  
proposta di essere sottoposto/a a:

**COLPOSCOPIA CON EVENTUALE BIOPSIA**

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

**Acconsentire**  ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.  
Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

**Firma del/della Paziente** (o chi ne fa le veci) .....

Nome e Cognome di chi ne fa le veci .....

**Firma del Testimone** .....  
(Persona presente al colloquio)

**Timbro e Firma del Medico** .....

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete  SI  NO

**Firma dell'Interprete** .....