

RICHIESTA DOCUMENTALE ASL ROMA 1 -SISP DEL 22/05/2025 PROT. N. 87487

PUNTO B) ASSISTENZA SPECIALISTICA

**40) PROCEDURA relativa al CONSENSO INFORMATO e MODULISTICA**

09/09/2025 v. 4.1

## **PROCEDURA relativa al CONSENSO INFORMATO ALLA VISITA ED AGLI ESAMI DIAGNOSTICI**

Questa procedura si applica ai pazienti-utenti dell'AMBULATORIO POLISPECIALISTICO Villa Tagliaferri e riguarda Il diritto all'informazione del paziente in merito alla visita specialistica ed agli eventuali esami diagnostici ai quali sarà sottoposto previo il suo CONSENSO INFORMATO.

### ***Modalità di informazione e sottoscrizione del consenso informato da parte di ciascun paziente prima di procedere alla visita specialistica ed a eventuali accertamenti diagnostico strumentali***

Dopo l'accoglienza e registrazione del paziente (vedi REGOLAMENTO INTERNO DELL'AMBULATORIO POLISPECIALISTICO) l'addetto al ricevimento illustrerà al paziente l'obbligo di essere informato dal medico specialista in cosa consisterà la visita ed i suoi obiettivi diagnostici al fine della individuazione della terapia personalizzata.

Il medico suggerirà eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici strumentali sia effettuabili nell'Ambulatorio di Villa Tagliaferri che in altre strutture.

Il medico fornirà tutte le informazioni al paziente che deciderà se sottoscrivere il consenso informato ed in caso di sottoscrizione ello stesso lo specialista procederà nella visita in eventuali ulteriori accertamenti.

Acquisito il consenso il medico specialista archiverà nel fascicolo del paziente la scheda del consenso sottoscritta e procederà con la visita.

Ove fossero necessari ulteriori accertamenti diagnostici il medico specialista effettuerà gli stessi secondo le procedure operative standard.

Terminata la visita e le ulteriori procedure il medico specialista informerà il paziente degli esiti fornendo tutte le informazioni prescrivendo la terapia ed eventuali altre prescrizioni o consigli.

## Rifiuto di sottoscrivere il consenso

In caso di rifiuto a fornire il consenso il medico specialista ne prenderà atto e registrerà il diniego del consenso e le motivazioni addotte invitandosi a rivolgersi all'addetto al ricevimento che procederà alla cancellazione delle prestazioni.

L'operatore al ricevimento su richiesta scritta del paziente restituirà anche eventuale documentazione personale sanitaria presentata.

In tal caso non si darà corso ad alcuna prestazione e con la restituzione dei documenti la prestazione si intenderà conclusa

Roma 17/11/2025

Villa Tagliaferri  
Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Elisabetta Di Pangrazio



# MODULISTICA

07/09/2025 v 4.0

CONSENSO INFORMATO per la visita medica specialistica con il  
dott. ....

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
con mail.....  
informato dal dr./ \_\_\_\_\_

- che la visita specialistica alla quale chiede di essere sottoposto serve per verificare lo stato di salute in merito alla sintomatologia illustrata dal paziente stesso nonché per effettuare un accertamento diagnostico attraverso lo strumentario:
  - ecografo  elettroencefalografo  ecocardiografo
  - elettromiografo
  -
- che l'accertamento con la tecnologia indicata NON è invasivo e non richiede alcuna somministrazione di farmaci per l'effettuazione della procedura.
- 
- Che prima della visita il medico specialista provvederà a compilare la scheda personale del paziente a partire dalla anamnesi e dalla registrazione della sintomatologia descritta da paziente per formulare una ipotesi diagnostica e se necessario, prescrivere ulteriori accertamenti ed esami nella stessa o in altra struttura.
- che la normativa di riferimento è quella specifica della Regione Lazio di cui alla scheda informativa allegata.

DICHIARA DI

- ACCONSENTIRE alla visita
- ACCONSENTIRE all'accertamento diagnostico indicato

Roma \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Il paziente non ha firmato perché

- Non in grado di intendere e volere
- Analfabeta
- Impossibilitato a firmare



Villa Tagliaferri

Sede operativa Via Nicola Tagliaferri 24 – Piazza Alberto  
Marchesi 8 -00135 Roma (RM)  
www.villatagliaferri.it  
info@villatagliaferri.it

\_\_\_\_\_

Ha espresso consenso in presenza di.....

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documento N° \_\_\_\_\_

Documento N° \_\_\_\_\_

B allegare foto del documento

Lì \_\_\_\_\_

Il Medico specialista che ha effettuato la visita

\_\_\_\_\_