

REGIONE PIEMONTE



DIREZIONE SANITARIA D'AZIENDA

DIPARTIMENTO SCREENING 5

CONSENSO INFORMATO ALLO SCREENING CITOLOGICO



dal 1981 FONDAZIONE
EDO ed ELVO TEMPIA
 per la lotta contro i tumori

CONSENSO INFORMATO ALLO SCREENING CITOLOGICO

(D.lgs n. 196 del 30/06/2003)

PREVENZIONE SERENA

Io sottoscritta _____ nata a _____
 il _____ residente a _____ Via _____

Prendo atto che lo screening citologico (Test HPV/pap-test) verrà effettuato al solo scopo di ricercare eventuali segni di un iniziale cancro del collo dell'utero.

In particolare sono stata informata che non si tratta di una visita ginecologica e che comunque ogni altro tipo di patologia dell'apparato genitale o di altri organi non potrà essere evidenziato con questo esame.

Acconsento, in caso di necessità, che venga informato anche il mio medico curante:

SI

NO

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità previste dal programma, nel rispetto della normativa vigente relativa alla tutela della privacy (D.lgs n. 196 del 30/06/2003):

SI

NO

Allo scopo di ottenere un esame ottimale, le chiediamo gentilmente di rispondere alle seguenti domande:

Lo Screening citologico viene eseguito da Ostetriche qualificate presso le sedi di Prevenzione Serena dell'ASL BI ed è interamente gratuito

Ha finito le mestruazioni da almeno 3 giorni e non ha perdite di sangue?	SI	NO
E' in menopausa?	SI	NO
Ha avuto rapporti sessuali negli ultimi 2 giorni?	SI	NO
Ha fatto terapie vaginali negli ultimi 3 giorni?	SI	NO
E' in gravidanza?	SI Mese.....	NO

FIRMA

Data _____
