

## **VISITA MEDICA PER IL VISTO PER AUSTRALIA, CANADA, NUOVA ZELANDA**

*Si prega di leggere molto attentamente le seguenti istruzioni*

La Dott.ssa Dominique Van Doorne esegue le visite mediche presso la clinica Villa Margherita, Viale di Villa Massimo 48, Tel. 06 86275820, email [segreteria2b@vmargherita.it](mailto:segreteria2b@vmargherita.it)

### **Cosa portare il giorno della visita:**

1. Un passaporto valido o una carta d'identità valida
2. La lettera dell'ufficio di immigrazione che richiede la visita medica  
Nel caso non abbiate ricevuto ancora la lettera:
  - Per l' Australia la lettera è obbligatoria. Se non l'avete ricevuta, la dovete stampare dalla pagina web "eMedical Client" (per coloro che hanno già fatto domanda per il visto) oppure dalla pagina "My health Declarations service" (da compilare e stampare per coloro che non hanno ancora fatto domanda).
3. Per il Canada o la Nuova Zelanda Villa Margherita vi attribuirà direttamente un codice con il quale potrete fare gli esami richiesti.
4. Se avete ora oppure avete avuto una malattia importante o se assumete farmaci vi preghiamo di portare tutta la documentazione medica e eventuale relazione medica in vostro possesso (con la storia clinica, diagnosi, terapia, controlli e prognosi. Per eventuali chiarimenti contattare la dott.ssa Van Doorne +39 335485148 o dott.ssa Sepe +39 3386279002.

### **All'arrivo a Villa Margherita:**

1. Andare al desk per la registrazione
2. In base al paese di destinazione per il quale si richiede il visto dovrete fare uno o più dei seguenti esami:
  - Una visita medica
  - Esame delle urine: vi sarà dato un contenitore durante la visita medica (le donne non devono venire durante o vicino al ciclo) - si consiglia di non urinare per almeno 2 ore prima della visita
  - Una radiografia al torace
  - Esami del sangue - si consiglia di stare a digiuno assoluto per la NZ e semi-digiuno per Australia e Canada (bere tè, caffè o succo di frutta almeno 3 ore prima del prelievo)
  - Raramente e in alcuni casi specifici potrebbero essere necessari altri esami del sangue
  - Se non abitate a Roma e dovete rientrare in giornata, vi consigliamo di aspettare i risultati delle analisi del sangue e della radiografia (abituamente pronti dopo circa 3-4 ore)

*Nel caso non possiate venire alla visita siete pregati di avvertire prima possibile*

## CONSENSO INFORMATO BIOPSIA MAMMARIA SOTTO GUIDA STEREOTASSICA A RAGGI X

### Dati identificativi della Paziente e della Prestazione

Nome e Cognome  Data di nascita  / /

Quesito diagnostico  ID Accettazione

### Anamnesi sintetica a cura del Medico Specialista Radiologo/Senologo

Esame anamnestico breve .....

Precedenti esami ecografici o RM .....

Precedenti esami RX o TC .....

Precedenti esami di Medicina Nucleare (PET, scintigrafia, etc) .....

Trattamenti radioterapici o con chemioterapici antitumorali .....

Terapie con anticoagulanti .....

Allergie-Altro .....

### GIUSTIFICAZIONE E VERIFICA DI APPROPRIATEZZA A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA RADIOLOGO/SENOLOGO

Ai sensi e per gli effetti dell'art.3 (Principio di giustificazione) del D.Lgs. 187 del 26 maggio 2000 e s.m.i., il Medico Specialista Radiologo/Senologo, fornite alla Paziente le necessarie informazioni, accertatosi della comprensione delle stesse e valutato il caso specifico in esame, alla luce del quesito diagnostico posto, dei dati anamnestici raccolti, delle dichiarazioni rese dalla Paziente, degli eventuali precedenti esami/referti portati in visione, ritiene l'esecuzione della biopsia mammaria sotto guida stereotassica RX

**appropriata e giustificata** e ne dispone l'esecuzione con le seguenti indicazioni: .....

**non appropriata o non giustificata**, pertanto rifiuta temporaneamente l'esecuzione dell'esame e suggerisce in alternativa: .....

Firma del Medico Specialista Radiologo .....

Firma del TSRM per presa visione .....

### CONSENSO DELLA PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DELLA BIOPSIA MAMMARIA

Dopo aver letto attentamente quanto sopra riportato e dopo aver chiarito con il Medico Specialista Radiologo/Senologo ogni eventuale dubbio; ai sensi e per gli effetti degli artt. 3 e 10 del D.Lgs. 187 del 26 maggio 2000 e s.m.i.:

#### DICHIARO

- ◆ di aver ben compreso quanto spiegatomi, di ritenermi esaurientemente informata in merito all'esame radiologico da eseguire (Ago-biopsia mammaria sotto guida stereotassica a raggi X);
- ◆ di essere consapevole che l'esame in questione, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o da possibili complicanze, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati;
- ◆ di essere stata informata che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire, per quanto possibile, ogni prevedibile complicanza;
- ◆ e, inoltre, di (*selezionare la casella di interesse*):

**Escludere lo stato di gravidanza, certa o presunta;**

**Essere in uno stato di gravidanza, certa o presunta**, ma, valutato con il Medico Specialista Radiologo/Senologo il rapporto tra gli eventuali danni ed i benefici diagnostici attesi,

#### ACCONSENSO

liberamente e consapevolmente all'esecuzione dell'esame richiesto dal mio Medico curante, con le modalità ritenute più opportune dal personale Medico e Tecnico Sanitario.

Data  / / Firma della Paziente o del Rappresentante legale .....

### EVENTUALE DICHIARAZIONE DI DISSENSO

La sottoscritta, pur esaurientemente informata sulle modalità operative e sulle eventuali conseguenze dell'esame cui intendeva sottoporsi, dichiara il proprio libero dissenso all'esecuzione dell'esame richiesto, che pertanto NON viene eseguito.

Data  / / Firma della Paziente o del Rappresentante legale .....