

## Programma Screening **PREVENZIONE SERENA**

### Consenso informato allo screening

Io sottoscritta (scrivere in stampatello).....

Nata a.....il.....

Residente a.....

dichiaro di aver letto l'informativa reperibile sul sito della Regione <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/prevenzione-serena> o presso i centri di screening e di essere stata sufficientemente informata:

*se invitata ad effettuare il Pap-test*

- sulle caratteristiche principali e finalità dello screening del collo dell'utero e sulle modalità di esecuzione del Pap-test
- sugli accertamenti che mi verranno proposti in caso di positività o dubbi del test
- sui benefici attesi
- sui limiti del test
- che il test di screening sarà effettuato al solo scopo di prevenire i tumori 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

*se invitata ad effettuare il test HPV per la ricerca del DNA di Papillomavirus umano*

- sulle caratteristiche principali e finalità dello screening del collo dell'utero e sulle modalità di esecuzione del test
- sulla necessità, in caso il test evidenzi presenza di HPV ad alto rischio, di esaminare al microscopio le cellule già prelevate (Pap-test)
- sugli accertamenti che mi verranno proposti in caso di positività o dubbi del test
- sui benefici attesi
- sui limiti del test
- che il test di screening sarà effettuato al solo scopo di prevenire i tumori 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

**PRESTO IL CONSENSO**

**NON PRESTO IL CONSENSO**

**all'inserimento nel programma di screening del collo dell'utero che prevede l' esecuzione periodica del Pap-Test o test HPV.**

Via Conte Verde 125 – 14100 ASTI  
Casella Postale 130  
Tel. +39 0141.48.1111  
Fax +39 0141. 48.40.95  
Pec: [protocollo@pec.asl.at.it](mailto:protocollo@pec.asl.at.it)  
P.I / C.F. 01120620057

Un nuovo consenso verrà richiesto in caso di necessità di ulteriori accertamenti (test di secondo livello) o nel caso ci siano variazioni nella modalità di somministrazione del test di base.

Data.....

Firma.....

