PREPARAZIONE ESAME DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

L'esame si esegue:

In età fertile: subito dopo la mestruazione, tra il 5° ed il 13° giorno del ciclo.

In menopausa: in qualunque momento.

L'esame si esegue: L'esame dovrebbe essere possibilmente effettuato in assenza di sanguinamento, tranne che si tratti di perdite minime (spotting).

Al momento dell'esame la paziente dovrà esibire

- Ecografia pelvica transvaginale;
- Dosaggio ematico di HCVAB, HBSAG (effettuato da non oltre tre mesi). L'eventuale positività di questi esami dovrà essere comunicata al momento della prenotazione dell'esame in modo che possano essere prese le necessarie precauzioni.

Prenotazioni e Informazioni
Tel. 06/32868.1
info@usi.it - www.usi.it

Unione Sanitaria Internazionale

CONSENSO INFORMATO ALLA ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

Che cosa è l'isteroscopia diagnostica:

è una indagine ambulatoriale eseguita introducendo nell'utero, attraverso la vagina ed il canale cervicale, un sottile strumento d'acciaio (3 o 5 mm) contenente al suo interno un telescopio. L'isteroscopia è effettuata senza dilatazione del canale cervicale.

Indicazione all'esame _____

Procedura dell'esame:

Per consentire la visione della cavità uterina è necessario distendere le pareti uterine con liquidi (soluzione salina). Nel corso dell'esame può essere necessario ricorrere ad un prelievo bioptico della mucosa endometriale od all'asportazione di piccoli polipi endocavitari. Solo nel 4% delle donne è impossibile eseguire l'esame per stenosi serrata del canale del collo dell'utero.

La durata dell'esame è di pochi minuti. La paziente è in grado di riprendere le attività quotidiane immediatamente. L'esame isteroscopio può favorire un lieve dolore addomino-pelvico (simil-mestruale) e/o perdite ematiche simil-mestruali della durata di qualche ora o che si interrompono comunque dopo qualche giorno.

Cosa può succedere – eventuali complicanze:

Le complicanze sono rarissime (un caso su 1000), le principali possono consistere in:

- La lacerazione o perforazione dell'utero con conseguente sanguinamento, che in rari casi richiede il ricorso all'intervento chirurgico
- La distensione della cavità uterina, può portare a contrazione uterine dolorose, possono verificarsi reazioni vagali, svenimento che di norma si risolve spontaneamente in breve tempo, scatenate dal passaggio dello strumento ottico impiegato
- Infezione pelvica con coinvolgimento delle salpingi e possibile sterilità.

Le controindicazioni all'esecuzione dell'esame sono costituite dalla gravidanza, da eventuale infezione pelvica in atto, o dilatazioni tubariche (sactosalpinge), carcinoma della cervice.

Indicazioni post-trattamento:

Il trattamento terapeutico successivo all'isteroscopia è variabile da paziente a paziente e dipenderà dalle ragioni che hanno reso necessaria l'isteroscopia, da quanto è emerso durante l'indagine e dai risultati ottenuti all'esame cito-istologico del materiale biologico eventualmente prelevato durante l'indagine diagnostica.

Unione Sanitaria Internazionale

CONSENSO INFORMATO ALLA ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

Formulazione del consenso o diniego alla prestazione di isteroscopia diagnostica:

Dichiaro di:

- Essere legalmente capace di intendere e di volere e di sottopormi al trattamento di cui sopra per libera scelta;
- avere informato il personale medico circa il mio stato di Salute, di situazioni fisiologiche o patologiche che potrebbero controindicare il trattamento prescritto;
- avere ottenuto risposte alle mie eventuali domande in merito a scopi, rischi e modalità di conduzione dell'esame;
- aver ben compreso quanto spiegato dal medico durante il colloquio e di aver avuto il tempo necessario per decidere;
- avere preso visione delle informazioni riportate nel presente modulo e dell'informativa cartacea relativa al trattamento prescritto, disponibile nella struttura e/o sul sito web www.usi.it;
- essere consapevole che il trattamento può essere interrotto in qualsiasi momento, su parere del personale sanitario o su richiesta del/della Paziente;
- impegnarmi a rispettare i comportamenti post-trattamento prescritti o indicati dal personale sanitario.

Ciò premesso, Io sottoscritta _____nata il _____:

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO** all'esecuzione a sottopormi all'indagine di isteroscopia diagnostica.

Dichiaro, inoltre, di non essere o di non sospettare di essere in stato di gravidanza o di aver avuto diagnosi di dilatazioni tubariche.

Roma, ___/___/_____

Firma Paziente (o ☐ Genitore di minore o ☐ Tutore-Amministratore di sostegno): _____

Riferimenti eventuale mediatore culturale: _____

***Firma del Medico che ha informato la Paziente**:* _____