PREPARAZIONE ESAME DI ISTEROSONOGRAFIA

L'esame studia la cavità uterina e può essere equivalente alla isteroscopia.

Si esegue lontano dal ciclo mestruale.

- ✓ La paziente deve portare:
  - test di gravidanza (BHCG) recente;
  - tampone vaginale per Germi comuni, Clamidia e Micoplasma.
- ✓ La paziente deve assumere:
  - 2 supposte di BUSCOPAN un'ora prima dell'esame;
  - Amplital 1 gr. 1 cp ogni 12 ore dal giorno precedente l'esame;
  - Clistere di pulizia la sera prima dell'esame.

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

Unione Sanitaria Internazionale

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME ISTEROSONOGRAFIA

Che cosa è l'istero sonografia e come si effettua:

L'istero sonografia è una indagine diagnostica che permette di visualizzare l'interno della cavità uterina. L'effettuazione dell'istero sonografia prevede, dopo posizionamento di speculum in vagina, l'inserimento di un catetere plastico sterile monouso all'interno dell'utero attraverso cui viene introdotta soluzione fisiologica sterile come mezzo di contrasto.

Questa preparazione viene poi seguita da un'ecografia trans-vaginale per la valutazione diagnostica.

Indicazioni:

Costituiscono indicazione all'istero sonografia una sospetta patologia endocavitaria, sanguinamenti uterini anomali in pre- e post-menopausa, riscontro ecografico di lesioni o ispessimenti focali o diffusi dell'endometrio, o una valutazione insoddisfacente dell'endometrio con l'ecografia transvaginale. Costituiscono anche indicazioni all'esame la sterilità di coppia ed il supporto alla chirurgia endoscopica.

Preparazione all'esame:

Nelle pazienti in età fertile è consigliabile effettuare l'esame in fase follicolare precoce, al termine della mestruazione e comunque prima dell'ovulazione (in pratica: entro il 10°-12° giorno del ciclo per le pazienti con ciclo regolare).

L'esame deve essere effettuato previa esclusione di controindicazioni assolute all'accertamento stesso quali lo stato di gravidanza, una malattia infiammatoria pelvica o un piometra, mentre rappresentano controindicazioni relative una stenosi cervicale o una vaginite/endometrite.

Non esistono attualmente evidenze sulla necessità di effettuare sistematicamente premedicazione con FANS e/o antibioticoterapia.

Cosa può succedere – eventuali complicanze:

Generalmente, l'istero sonografia è un esame di facile esecuzione, ben tollerato e con una bassissima incidenza di complicanze. È possibile la comparsa di effetti collaterali in una percentuale molto modesta di casi che consistono in dolore pelvico, sintomi vagali, nausea, vomito in corso di esame o dolore pelvico o perdite ematiche vaginali nelle ore successive all'esame stesso.

Le rare complicanze riportate consistono in febbre che si risolve spontaneamente ma che a volte può richiedere antibioticoterapia, peritonite.

Unione Sanitaria Internazionale

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME ISTEROSONOGRAFIA

Formulazione del consenso o diniego alla prestazione di isterosonografia

Dichiaro di:

- 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, modalità di effettuazione, accuratezza diagnostica, limiti ed effetti collaterali/complicazioni, dettagli tecnici dell'indagine, ed in particolare del fatto che l'esecuzione dell'esame prevede l'introduzione di un catetere plastico sterile monouso all'interno dell'utero, l'impiego di soluzione fisiologica quale mezzo di contrasto, l'esecuzione di un'indagine ecografica transvaginale.
- di essere a conoscenza delle eventuali complicazioni legate all'indagine (dolore pelvico, sintomi vagali, nausea, vomito in corso di esame o dolore pelvico o perdite ematiche vaginali nelle ore successive all'esame stesso, febbre) e delle possibili alternative diagnostiche alla isterosonografia (isteroscopia).
- 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 isterosonografia.

Dichiaro, inoltre, di non essere o di non sospettare di essere in stato di gravidanza.

Roma, ___/___/_____

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

*Riferimenti eventuale mediatore culturale:*_____

Firma del Medico che ha informato la Paziente: _____