



**NOTE INFORMATIVE E CONSENSO
IN MERITO AD INTERVENTO DI ISTEROSCOPIA
DIAGNOSTICO-OPERATIVA AMBULATORIALE**

**SEZIONE GINECOLOGICA
RESPONSABILE DR. CORRADO MONTONERI**

(Da stampare e consegnare con data di prenotazione)

Signora _____ Nata a _____ il ____/____/____

La diagnosi presunta che è stata posta nel caso è: _____

A seguito del colloquio intercorso con il /la Dott./Dott.ssa _____ io sottoscritto/a _____ sono a conoscenza del fatto che l'isteroscopia diagnostico-operativa ambulatoriale è una procedura che si effettua introducendo uno strumento ottico sottile (detto isteroscopio) collegato ad una telecamera, dapprima in vagina, quindi attraverso il canale cervicale fino all'interno della cavità uterina. Per consentire la visione della cavità uterina è necessario distendere le pareti uterine con un liquido (Soluzione Fisiologica). Sono a conoscenza altresì che l'esame in età fertile deve essere eseguito entro il 14° giorno del ciclo mestruale e che, non bisogna aver avuto rapporti sessuali non protetti dal 1° giorno dell'ultima mestruazione, non devono essere presenti sintomi di vulvo-vaginite (perdite con bruciore e/o prurito). In menopausa può essere effettuato in qualunque momento.

Le pazienti in accertamenti per sterilità devono avere con sé l'esito di un recente (massimo 30 gg) tampone vaginale negativo.

Con tale procedura è possibile quindi verificare o confermare la presenza di una patologia endouterina. Verificato il tipo di patologia presente si potrà procedere, nella stessa seduta o rinviandola in un secondo tempo, al prelievo bioptico a scopo diagnostico. Inoltre, a livello ambulatoriale, a seconda della sede e delle dimensioni della lesione e della tolleranza soggettiva alla procedura, è possibile asportare polipi, sinechie e miomi in maniera parziale o totale. In tal caso il giudizio dell'operatore è insindacabile in quanto basato su numerosi elementi e sulla sua professionalità. Qualora la procedura provochi sensazioni dolorose intense è possibile effettuare anche un'anestesia locale ed in casi particolari eseguire una sedazione cosciente.

Sono a conoscenza che nessun intervento chirurgico può essere considerato completamente privo di rischio. Anche impiegando il massimo di diligenza, perizia e prudenza, in alcuni casi si possono verificare delle complicanze. Pertanto sono possibili i seguenti imprevisti, rischi e complicanze legate alla tecnica isteroscopica:

- Possibili, ma rare complicanze sono: creazione di false vie, lesioni cervicali (rischio molto basso <1/100), perforazione uterina (rischio molto basso <1/100) che può richiedere anche un trattamento chirurgico (riparazione chirurgica per via laparoscopica o laparotomica) ed eventualmente anche la lesione di visceri addominali (vescica, intestino, ecc.) vicini all'apparato genitale (rarissime <1/1000)
- Episodio di lipotimia (svenimento) causato da una reazione vagale che determina un abbassamento dei valori della pressione arteriosa ed un rallentamento del battito cardiaco.
- Può verificarsi l'impossibilità di eseguire l'indagine per una stenosi serrata dell'orifizio uterino interno o per reattività dolorosa.



**NOTE INFORMATIVE E CONSENSO
IN MERITO AD INTERVENTO DI ISTEROSCOPIA
DIAGNOSTICO-OPERATIVA AMBULATORIALE**

**SEZIONE GINECOLOGICA
RESPONSABILE DR. CORRADO MONTONERI**

- Esiste la possibilità che l'esame non possa considerarsi ad esito soddisfacente e necessiti di essere ripetuto con diverse modalità.
- Sono possibili complicanze post-intervento (infiammazioni pelviche anche febbrili a distanza di circa 24 ore, complicanze emorragiche, sindrome dolorosa).
- Per diversi giorni dopo l'esame possono essere presenti modeste perdite ematiche.

Le controindicazioni all'esecuzione dell'esame sono:

- gravidanza
- infezione pelvica o vaginale in atto.
- Presenza di sanguinamento in atto.

Io sottoscritta _____ dichiaro:

- di aver letto e compreso quanto esposto
- di aver ricevuto un'informazione chiara, completa, comprensibile ed esauriente, correlata alla mia situazione di salute, psicologica, culturale e linguistica.
- di accettare / non accettare liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza l'atto sanitario proposto senza che sia stata esercitata alcuna pressione psicologica.
- Di autorizzare il Medico ad eseguire l'esame

Eventuali osservazioni della paziente:

Data (di prenotazione)

Firma Paziente.....

Comunico di essere allergica ai seguenti farmaci / disinfettanti / sostanze:

Al termine del colloquio, durante il quale il Medico mi ha spiegato l'esame, ritenendo di aver avuto tutte le informazioni e chiarimenti che ho richiesto:

- Acconsento di sottopormi all'esame di Isteroscopia Diagnostica con eventuale biopsia
- Acconsento all'asportazione di piccoli polipi o altra patologia uterina
- Rifiuto di sottopormi all'indagine di Isteroscopia Diagnostica

Data

Firma Paziente.....

Il Medico ha verificato che il paziente ha compreso quanto illustrato.

Data

Firma del Medico.....