



## CONSENSO INFORMATO SONOISTEROSALPINGOGRAFIA

(GINECOLOGIA SERVIZIO AMBULATORIALE)  
RESPONSABILE DR. CORRADO MONTONERI

La Sig.ra \_\_\_\_\_ viene informata dal Dott \_\_\_\_\_ riguardo l'esecuzione della sonoisterosalpingografia.

Tale metodica diagnostica viene eseguita per la valutazione della pervietà tubarica mediante, posizionamento in utero di un sottile catetere sterile, fissaggio dello stesso con un piccolo palloncino interno ed iniezione di soluzione fisiologica sterile in cavità uterina e nelle tube tramite. Mediante ecografia endovaginale e contemporanea iniezione di soluzione fisiologica sterile mista ad aria si andrà a verificare il passaggio di fluido attraverso le salpingi ed in cavità addominale.

L'esame viene effettuato con materiale sterile, non si usano mezzi di contrasto di tipo radiologici, né radiazioni di uso comune per esami radiografici, che vengono invece utilizzati nell'esame alternativo a questo che si chiama isterosalpingografia.

Gli effetti collaterali che possono verificarsi nel corso dell'esame sono assai rari (0.5% dei casi) e possono essere caratterizzati da: lieve fino a forte dolore addominale di tipo mestruale, sudorazione, nausea, vomito, bradicardia e lipotimia, Inoltre dopo l'esame si possono verificare scarse perdite ematiche vaginali.

Più raramente si possono verificare complicanze come infiammazione o infezione pelvica per le quali viene eseguita una prevenzione antibiotica dopo l'esecuzione dell'esame.

Dopo l'esame per eventuali dolori addominali si possono assumere antidolorifici di tipo: Aulin, Brufen, Toradol, Lixidol, Orudis etc.

Terminato l'esame è consigliabile sostare in ospedale per circa mezz'ora. Il ginecologo constaterà il benessere della paziente prima di permettere il ritorno a casa.

Dichiaro quindi di essere stata adeguatamente informata sulla metodica, sui benefici attesi, sulle possibili complicanze, sulle possibili alternative diagnostiche (isterosalpingografia oppure cromosalpingoscopia laparoscopica) e di acconsentire in piena consapevolezza alla sua esecuzione.

Avendo letto e capito quanto sopra, autorizzo l'esecuzione dell'esame.

Treviso, \_\_\_\_\_

Firma della Paziente \_\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_