



(Da stampare e consegnare con data di prenotazione)

Io sottoscritta Sig.ra \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

affetta da \_\_\_\_\_

dichiaro di aver avuto un colloquio con il dr / la dr.ssa \_\_\_\_\_

Il quale / la quale mi ha fornito le informazioni di seguito riportate.

L'isteroscopia diagnostico-operativa ambulatoriale è una procedura che si effettua mediante uno strumento ottico sottile collegato ad una telecamera (isteroscopio), introdotto dapprima in vagina quindi all'interno della cavità uterina passando attraverso il canale cervicale. Per consentire la visione della cavità uterina è necessario distenderne le pareti con un liquido (Soluzione Fisiologica).

In post-menopausa l'isteroscopia può essere effettuata in qualunque momento purchè non vi siano sanguinamenti in atto mentre in età fertile l'esame deve essere eseguito a flusso mestruale terminato ed entro il 13° giorno del ciclo (il 1° giorno del ciclo corrisponde al 1° giorno di flusso mestruale). In caso di mestruazioni ravvicinate (ritmo inferiore ai 28 giorni) l'isteroscopia deve essere eseguita prima del 13° giorno o, in alternativa, deve essere preceduta da trattamento continuativo con farmaco progestinico.

Vanno evitati rapporti sessuali non protetti dal 1° giorno dell'ultima mestruazione e non devono essere presenti sintomi di vulvo-vaginite (perdite con bruciore e/o prurito).

In caso di isteroscopia per sterilità è necessario esibire l'esito di un tampone vaginale recente, eseguito al massimo 30 giorni prima ed il cui esito deve essere negativo.

Rappresentano controindicazioni all'esecuzione dell'esame:

- gravidanza;
- infezione pelvica o vaginale in atto;
- sanguinamento in atto.

L'esame isteroscopico permette di verificare la presenza di malattia endouterina (polipi, fibromi, malformazioni, sinechie), di eseguire prelievi biotici a scopo diagnostico e di asportare piccola patologia (polipi o sinechie), compatibilmente con la tolleranza soggettiva alla procedura.

Non è prevista la sedazione cosciente mentre l'anestesia locale in corso di procedura sarà effettuata a discrezione del medico in casi selezionati.

Nessuna procedura invasiva può essere considerata completamente priva di rischio. Anche operando con massima diligenza, perizia e prudenza, seppur sporadicamente, possono verificarsi le complicanze e gli imprevisti di seguito riportati:

- creazione di false vie, lesioni cervicali, perforazione uterina o lesione di visceri addominali vicini all'apparato genitale (vescica, intestino) che potrebbero richiedere un trattamento chirurgico (riparazione chirurgica per via laparoscopica o laparotomica);
- episodio di lipotimia (svenimento) causato da una reazione vagale che determina un abbassamento dei valori della pressione arteriosa ed un rallentamento del battito cardiaco;



- impossibilità di eseguire l'indagine per una stenosi serrata (restringimento) del canale cervicale o per reazione dolorosa;
- necessità di ripetere l'esame per esito non soddisfacente;
- insorgenza di infiammazioni pelviche (anche febbrili) o complicanze emorragiche dopo procedura.

Dopo l'esame possono persistere per giorni modeste perdite ematiche.

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, avendo ricevuto dal Medico tutte le spiegazioni riguardanti l'esame:

- 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.....