

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	CONSENSO INFORMATO ISTEROSCOPIA MO. 80 OCT. DMI. FIR.	Rev.02 del 22/03/2010 Pagina 1 di 1
--	--	---

U.O. Fisiopatologia Della Riproduzione

Direttore: Dott. Carlo Bulletti

Consenso Informato per Interventi di Isteroscopia diagnostica

Gentile signora

Le viene chiesto di sottoporsi a isteroscopia: l'isteroscopia è una procedura diagnostico-operativa effettuata tramite introduzione, attraverso il canale cervicale, di uno strumento endoscopico che collegato ad un sistema video consente di visualizzare la cavità uterina. È un esame ambulatoriale che eseguiamo con una anestesia locale. L'esame isteroscopico viene di solito eseguito senza il posizionamento dello speculum vaginale, disinfettando la vagina e la cervice uterina. La cavità uterina ed il canale cervicale, vengono distesi utilizzando soluzione fisiologica sterile. L'isteroscopia permette lo studio morfologico al quale può seguire il prelievo bioptico o l'asportazione di formazioni, eventualmente presenti in cavità uterina. Il prelievo è finalizzato all'esame istologico. La durata dell'esame può variare da uno a qualche minuto. Il fastidio causato dall'esame è simile a quello determinato dalla mestruazione.

Dopo l'isteroscopia si può avere:

- dolore simil mestruale che recede in pochi minuti,
- perdite ematiche minime, della durata di qualche giorno.

Le complicanze possibili ma rare di questo esame sono:

- perforazione dell'utero,
- riflesso vagale,
- perdite ematiche vaginali
- infezioni genitali.

Nel suo caso l'intervento sarà effettuato

per: _____

La informiamo dei rischi e delle possibili complicanze che tale tecnica potrebbe comportare:

la sottoscritta _____ nata a _____ il _____ acconsente liberamente a sottoporsi ad isteroscopia.

Dichiaro di aver letto con attenzione le informazioni sopra descritte e di essere stata informata in modo chiaro ed esauriente dal Dott. Balducci Marco in data odierna.

Firma della Paziente

Firma del Medico

Cattolica,