



MODULO PREPARAZIONE E CONSENSO INFORMATO ALLA ISTEROSALPINGOGRAFIA

Alla paziente si raccomanda vivamente:

- L'esame deve essere eseguito dal 7° al 10° giorno del ciclo
(come primo giorno del ciclo si considera l'inizio delle mestruazioni)
- di evitare i rapporti sessuali non protetti dal primo giorno del ciclo;
- di venire accompagnata;
- di portare con sé tutti gli eventuali esami precedenti;
- di seguire scrupolosamente la profilassi antibiotica e la preparazione di seguito descritta;
- di sottoscrivere la dichiarazione riportata in calce;
- di effettuare un test di gravidanza entro i 5 giorni che precedono l'esame con prelievo ematico.

Profilassi antibiotica: Metronidazolo compresse da 250 mg.

Assumere n. 2 compresse per 2 volte a giorno e per 3 giorni:

- il giorno precedente l'esame;
- il giorno dell'esame;
- il giorno successivo l'esame.

Preparazione da effettuarsi il giorno dell'esecuzione dell'esame:

- eseguire una peretta evacuativa la mattina dell'esame (almeno 2 ore prima)
- mantenere il digiuno nelle 4 ore precedenti l'esame



**CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI ISTEROSALPINGOGRAFIA**

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

residente in _____ via _____

informata dal dott. _____ Firma _____

1) sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente **Isterosalpingografia**

Resa consapevole:

- 1) sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali.
- 2) della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.

CONSENSO INFORMATO PER ESAMI RADIOLOGICI

Viene informata che le dosi di radiazioni ionizzanti erogate dalle apparecchiature diagnostiche radiologiche non sono mai tali da indurre lesioni tali da indurre lesioni immediate ad organi e tessuti e che la probabilità di effetti tardivi carcinogenetici è estremamente bassa. La Paziente dichiara di essere stata informata riguardo ai rischi di esposizione ai raggi X e riguardo al costo beneficio dell'indagine, di aver compreso quanto sopra e pertanto presta il consenso e l'autorizzazione ad essere sottoposta all'esame radiologico.

DICHIARAZIONE DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

COMPROVATO RISCHIO ALLERGICO A CONTRASTI ORGANO IODATI

SI

NO

Visto quanto sopra

presta il consenso all'esecuzione della prestazione nega il consenso all'esecuzione

Timbro e firma del medico _____

Data _____ Firma dell'interessata _____