



## CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

La sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### viene resa edotta che:

L'isteroscopia diagnostica è un'indagine ambulatoriale eseguita senza dilatazione del canale cervicale per cui non richiede l'uso di anestesia locale o generale. L'esame deve essere eseguito entro il 14° giorno, dall'inizio del ciclo escluso i giorni di flusso mestruale.

L'esame si effettua introducendo dentro l'utero, attraverso la vagina ed il canale cervicale, uno strumento sottile d'acciaio (3 o 5 mm) con all'interno un telescopio. Per consentire la visione della cavità uterina è necessario distendere le pareti uterine con gas (CO<sub>2</sub>) o liquidi (soluzioni saline, glucosio 5%). Nel corso dell'esame può essere necessario ricorrere ad un prelievo biptico della mucosa endometriale o all'asportazione di piccoli polipi endocavitari. Solo nel 4% delle donne è impossibile eseguire l'esame per stenosi serrata del canale del collo dell'utero. La durata dell'esame varia da 1 a 3 minuti.

L'esame isteroscopico può favorire un lieve dolore addomino-pelvico (simil-mestruale) e/o un dolore scapolare transitorio da attribuire all'uso del mezzo gassoso (CO<sub>2</sub>). Le complicanze sono rarissime (un caso su 1000) e possono consistere in:

- Perforazione della parete uterine che in vari casi richiede il ricorso all'atto chirurgico;
- Infezione pelvica con iperpiressia a distanza di circa 24 ore;
- Reazione vagale che determina un abbassamento della pressione arteriosa, lipotimia o addirittura un arresto cardiaco;

Le controindicazioni all'esecuzione dell'esame sono:

1. Gravidanza
2. Infezione pelvica in atto

Ha compreso quanto contenuto in questo documento oltre alle informazioni che sono state fornite verbalmente;

Le è stato spiegato ed è a conoscenza che il campione prelevato per l'esame istologico verrà analizzato in Service presso il laboratorio di Anatomia Patologica di Synlab Italia.

### **pertanto acconsente di sottoporsi all'indagine di isteroscopia diagnostica**

Data, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'interessato  
(o esercente patria potestà/tutore)

\_\_\_\_\_

Timbro e  
firma del medico

\_\_\_\_\_

**ATTO DI REVOCA** del consenso alla procedura come sopra descritta e spiegata.

Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Data, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'interessato  
(o esercente patria potestà/tutore)

\_\_\_\_\_

Timbro e  
firma del medico

\_\_\_\_\_