



Azienda Ospedaliera
FATEBENEFRAATELLI E OFTALMICO
Azienda ospedaliera di rilievo nazionale

**MODULO PER IL CONSENSO
INFORMATO PER
ISTEROSALPINGOGRAFIE**



Regione Lombardia

PRESIDIO OSPEDALIERO MACEDONIO MELLONI

Via Macedonio Melloni, 52 - Tel. 026363.1 ☎ www.fbf.milano.it

Appuntamenti telefonici **800638638**

U.O. di Radiologia

Direttore: Dott. Franco Vimercati - Tel. 02-63633260 – 3204 mail. franco.vimercati@fbf.milano.it

Proposto alla Signora _____ ETA' _____ Data/..../.....

La Isterosalpingografia a cui Lei verrà sottoposta su specifica richiesta del prescrittore (in genere specialista Ginecologo) si effettua mediante introduzione di una sostanza radio-opaca nella cavità utero necessaria per visualizzare la cavità uterina e le tube. L'introduzione del mezzo di contrasto nella cavità uterina ed il suo passaggio in peritoneo o nel circolo sanguigno può determinare effetti secondari, di regola di lieve entità e di breve durata; è anche possibile, seppur molto raramente e senza che si possa prevederne la comparsa, l'insorgenza di disturbi più gravi (solo in via del tutto eccezionale pericolosi per la vita) per i quali Le verranno prestate immediate e appropriate cure mediche. In alcuni casi la letteratura riporta problematiche alla tuba non prevedibili e non motivate a priori (in letteratura si evidenzia un possibile danno tubarico fino dell' 1 % delle procedure). Ulteriori informazioni sull'esame sono reperibili sul quaderno delle osservazioni consegnato alla paziente prima dell'esame. La Isterosalpingografia può essere eseguita tra il 6° e l'11° giorno dall'inizio della mestruazione e, per essere correttamente eseguita, non devono essere presenti perdite ematiche al momento dell'esecuzione dell'esame. Al fine di prevenire qualsiasi eventuale forma di contaminazione peritoneale è opportuno documentare la assenza di patologie infiammatorie vaginali acute o croniche. Per tale motivo l'esame verrà eseguito solo in presenza di un tampone cervico-vaginale negativo compresa la ricerca del mycoplasma e della chlamydia negativo che non risalga a più di tre mesi ed in assenza di sintomatologia.

L'alternativa all'esame di isterosalpingografia è la sonoisterosalpingografia che si effettua con le medesime modalità ma con utilizzo del supporto ecografico e di mezzo di contrasto per ecografia. La isterosalpingografia ha una maggior specificità nella identificazione della pervietà tubarica. In questa metodica non sono descritti falsi positivi

Prima dell'esame

Per minimizzare il rischio infettivo peritoneale:

- Eseguire un tampone cervico-vaginale compresa la ricerca del **mycoplasma** e della **chlamydia** (prenotare l'esame solo dopo aver avuto il risultato **negativo** del tampone vaginale) - **Non prenotare l'esame se il tampone vaginale è positivo.**
- Assumere un confetto di antispastico (es. Buscopan o similare ecc.) al mattino ed uno alla sera per 2 giorni prima dell'esame.
- Dopo l'esame, nelle 3 sere successive, assumere o 1 bustina di antinfiammatorio (es. Nimesulide) oppure 2 compresse di Ananase.
- Vanno evitati i rapporti sessuali dall'inizio della mestruazione all'esecuzione dell'esame.
- Si consiglia di non avere rapporti, se non protetti, anche nella settimana dopo l'esame.

DICHIARO

di aver ricevuto risposta agli interrogativi posti al medico specialista e tenendo conto di quanto sopra riportato, in considerazione della sua utilità diagnostica, acconsento ad essere sottoposta all'indagine contrastografica sopra indicata. Dichiaro altresì che le mestruazioni sono state regolari, di non avere avuto rapporti dopo la mestruazione e fino alla data dell'esame e quindi di non essere in stato di gravidanza .

Ho seguito le istruzioni preliminari per l'esecuzione dell'esame richiesto

Data ultima mestruazione/..../..... ←

Firma della Paziente

Firma del radiologo

Presentarsi il giorno/...../.....

ore **a digiuno** ←

Consenso al trattamento dei dati personali (D.lgs. 30-06-2003 n°196)

La sottoscritta, Riconosciute le esigenze funzionali connesse all'esame richiesto, considerato il delimitato ambito di diffusione dei dati personali e preso atto che sarà adottata ogni cautela per la salvaguardia della riservatezza delle informazioni cliniche () da il consenso () non da il consenso al trattamento dei dati ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie

Firma della Paziente

Milano . Data.....