

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA ISTEROSALPINGOGRAFIA	SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato
C088 Rev.1 data applicazione 12/11/2018 Pag. 1 a 3		

Informativa all'Esame di ISTEROSALPINGOGRAFIA

La Isterosalpingografia a cui Lei verrà sottoposta su specifica richiesta del prescrittore (in genere lo specialista Ginecologo che ne garantisce la necessità clinica), si effettua mediante **introduzione di una sostanza radio-opaca (mezzo di contrasto) in utero**, necessaria per visualizzare la cavità uterina e le tube e la successiva acquisizione di radiografie sul bacino. Ha lo scopo di verificare la morfologia dell'utero e la pervietà delle salpingi in caso di infertilità primitiva e secondaria.

L'introduzione del mezzo di contrasto iodato nella cavità uterina ed il suo passaggio in peritoneo o nel circolo sanguigno può in rari casi, determinare effetti secondari, di regola di lieve entità e di breve durata quali dolore addominali, bruciore o senso di pesantezza addominale.

E' 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 saranno prestate immediate cure mediche. In alcuni casi la letteratura riporta problematiche alle tube non prevedibili e non motivate a priori (in letteratura si evidenzia un possibile danno tubarico fino dell' 1 % delle procedure).

La Isterosalpingografia può essere eseguita tra il 5° e il 12° giorno dall'inizio della mestruazione ed è necessario astenersi dai rapporti, dal primo giorno delle mestruazioni.

Al fine di prevenire eventuali forme di contaminazione peritoneale è opportuno documentare la assenza di patologie infiammatorie vaginali acute o croniche. Per tale motivo è necessario eseguire **prima dell'esame un tampone cervico-vaginale con batterioscopico** (per la ricerca dei *mycoplasmi* e della *chlamydia*) che non risalga a più di tre mesi ed in assenza di sintomatologia attuale.

Istruzioni riassuntive per l'esecuzione dell'esame

- **Al momento della richiesta dello specialista:**

Eseguire un tampone cervico-vaginale compresa la ricerca del **mycoplasma** e della **chlamydia**

- **Al ritiro dei referti del tampone:**

Controllare i risultati insieme al proprio specialista ed accertarsi che siano **NEGATIVI**. Nel caso di positività, accordarsi con il proprio specialista per eseguire appropriata cura alla fine della quale **RIPETERE** il tampone relativo solo alla positività rilevata, fino a completa negativizzazione del tampone.

Esempio: si ritira un tampone nel quale si rileva positività alla candida: eseguire terapia adeguata (in accordo con lo specialista) e alla fine della terapia, ripetere il tampone solo per la candida.

NB: Se il proprio specialista fosse irreperibile, mostrare gli esami al proprio medico di base; se anche questo fosse irraggiungibile, Lei può rivolgersi direttamente alla Ns. struttura, inviandoci un fax con copia degli esami, allo 0544464304 all'attenzione della Radiologia, indicando dove poterla ricontattare.

- **Il primo giorno della mestruazione**

Telefonare allo 0544508311 per prendere l'appuntamento **solo dopo** aver avuto il risultato **negativo** del tampone vaginale completo di **mycoplasma** e **chlamydia**.

Non sarà possibile prenotare l'esame se il tampone vaginale ha anche una sola positività.

Astenersi dai rapporti sessuali dall'inizio della mestruazione fino all'esecuzione dell'esame (per escludere ogni possibile gravidanza in atto).

- **Il giorno dell'esame**

3 ore circa prima dell'orario dell'appuntamento, è necessario eseguire un microclistere di pulizia rettale. Questo serve per pulire la zona da studiare in modo da non avere false immagini che si proiettano sulle strutture da analizzare.

Il microclistere è di facile reperibilità in farmacia in flaconcini di glicerina di circa 100 cc. Alla farmacia sarà sufficiente segnalare che si deve fare un clistere di pulizia dell'alvo, per un esame radiografico.

Ricordarsi di portare con sé tutti gli esami già eseguiti relativi al quesito clinico: ecografie, isteroscopie, esami precedenti ed ovviamente il tampone eseguito.

L'esame sarà condotto da uno specialista ginecologo che sarà assistito da un tecnico di radiologia e refertato dal medico radiologo.

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	MODULO INFORMATIVO E DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA ISTEROSALPINGOGRAFIA	SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato
C088 Rev.0 data applicazione 16/10/2018 Pag. 2 a 3		

Portare con se un assorbente intimo: è normale che dopo l'esame per qualche ora, il mezzo di contrasto iniettato, possa refluire insieme a piccoli sanguinamenti.

Dopo l'esame, nella stessa sala, è possibile usufruire di un bagno.

- **A casa**

Di norma l'esame non lascia nessun esito, possono tuttavia manifestarsi lievi effetti collaterali che scompaiono spontaneamente dopo un paio di giorni, quali vertigini, crampi, debolezza o nausea, lieve sanguinamento vaginale.

Come **rara** complicanza si può sviluppare nei giorni successivi all'esame un'infezione degli organi esaminati: se dovessero comparire forti dolori addominali, sanguinamento vaginale, febbre, brividi è necessario contattare il ginecologo di riferimento o recarsi in un centro di pronto soccorso. Gli Specialisti della nostra struttura restano a disposizione per qualsiasi necessità e sono contattabili attraverso il call center al 0544508311.

DATA di consegna dell'informativa _____

FIRMA di ricevuta dell'informativa _____

**SE SONO NECESSARI ULTERIORI CHIARIMENTI, POTRÀ TELEFONARE AL
SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI DOMUS NOVA, ATTRAVERSO IL
CALL CENTER AL NUMERO 0544508311**

Si rende noto che l'informativa, in relazione all'organizzazione del servizio, può essere erogata anche dal personale medico non coinvolto direttamente nell'intervento o procedura.

Il medico esecutore l'indagine è comunque disponibile a fornire ulteriori informazioni per ogni altro ulteriore chiarimento.

Il presente documento è stato consegnato in data dal Dott.

Firma del paziente Firma del Medico

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	MODULO INFORMATIVO E DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA ISTEROSALPINGOGRAFIA	SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato
C088 Rev.0 data applicazione 16/10/2018 Pag. 3 a 3		

N.B.: la presente scheda va compilata solo il giorno dell'esame; qualora Lei presenti ancora dubbi o domande il personale medico è a sua disposizione per fornire tutti gli eventuali chiarimenti.

Io sottoscritta _____ nata a _____ il _____

confermo

- che gli accertamenti effettuati dal medico curante hanno dimostrato
infertilità per il sospetto di non pervietà tubarica
- di essere consapevole che le attuali conoscenze mediche mostrano l'indicazione all'esecuzione delle procedure con le seguenti finalità
dimostrare e documentare la morfologia della cavità uterina e la visibilità delle tube
- di essere in possesso dell'informativa all'esame di isterosalpingografia, che ho letto e compreso
- di essermi attenuta alle prescrizioni riportate nell'informativa di cui al punto precedente e di non avere sintomatologia infiammatoria in atto
- di non aver avuto rapporti sessuali dall'inizio delle mestruazioni e di **non essere in stato di gravidanza.**

Pertanto dichiaro che

- ho capito il tipo di procedura che sarà effettuata
- ho compreso lo scopo e la situazione che si determinerà a procedura eseguita
- ho compreso i rischi e le complicanze
- ho valutato le possibili alternative, se esistenti
- ho compreso che non esistono garanzie assolute che l'esame sia sicuro e che consenta di formulare una diagnosi

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritta _____ nata a _____ il _____
preso atto dei miei diritti e doveri e delle informazioni che mi sono state fornite dal Dott. _____, mi dichiaro soddisfatta delle indicazioni e

ACCETTO

NON ACCETTO

l'indagine programmata, a conoscenza fra l'altro dei rischi connessi alla procedura, alcuni dei quali non prevenibili nemmeno con la condotta più diligente, concedendo ai Sanitari stessi di modificarne il decorso, qualora si rendesse necessario per tutelare la mia salute e la mia integrità fisica, in ragione delle mie condizioni generali, della situazione specifica e degli imprevisti che potrebbero verificarsi in sede di esame. Autorizzo altresì il personale del servizio al trattamento dei miei dati personali e sanitari, secondo le modalità previste dalla normativa vigente (decreto leg. 196/2003).

Data Firma

Il Medico, Dott. Firma

**NOTA per procedura su minori: utilizzare anche il C004, per procedura su incapaci:
utilizzare anche il C005**