

Servizio DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

NOTA INFORMATIVA-CONSENSO INFORMATO ISTEROSALPINGOGRAFIA

Prima di procedere all'informazione relativa alla procedura diagnostica proposta, Le chiediamo di leggere attentamente quanto di seguito riportato:

- La procedura di seguito descritta comporta l'impiego di Raggi X, che è sconsigliato nel caso di donne con gravidanza in corso, in quanto potrebbe provocare danni al nascituro. Questo comporta che, con la firma del presente modulo Lei **dichiara di non essere in gravidanza**.

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Allo scopo di decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico, grazie alle specifiche informazioni che derivano da questa indagine, è **indispensabile fornirLe le seguenti informazioni**:

Descrizione procedura

L'isterosalpingografia è un esame radiologico che permette la visualizzazione della cavità uterina e delle tube di Falloppio mediante l'introduzione del mezzo di contrasto attraverso vari tipi di iniettori applicati alla cervice, inseriti nell'orifizio cervicale. Una volta introdotto il mezzo di contrasto si procederà all'esecuzione di alcuni radiogrammi.

Rischi della metodica

Pur non trattandosi di procedura ad alto rischio, possono insorgere effetti collaterali dovuti ad un'eventuale allergia al mezzo di contrasto iodato. Questo farmaco può raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come lievi (nausea, vomito, prurito) o moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio).

Possibili disturbi

A causa di questa manovra potrà perdurare nell'arco della giornata una sensazione di fastidio e/o dolore risolvibile assumendo normali analgesici e con un adeguato riposo.

Tutto ciò premesso, il/la Sottoscritto/a

con la presente **dichiara** di aver letto e compreso quanto esposto nel presente modulo e di aver ricevuto dal **Dott./Prof.** **(in stampatello)** ogni ulteriore informazione in merito: al tipo di trattamento diagnostico; alle modalità di esecuzione dello stesso; ai vantaggi ai fini di una precisa diagnosi; ai rischi ad esso correlati; alle alternative terapeutiche sia

farmacologiche che chirurgiche, rispondendo esaurientemente ad ogni quesito e richiesta di precisazioni in merito a:

.....

illustrando quali sarebbero le conseguenze qualora decidessi di NON effettuare tale accertamento/procedura e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta.

Alla luce di quanto esposto, in data**il/la Sottoscritto/a dichiara di**

ACCETTARE DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA SEGUENTE PROCEDURA DIAGNOSTICA E/O TERAPEUTICA

Tipo di esame/intervento	Firma del paziente
ISTEROSALPINGOGRAFIA	

Data.....

Firma del Medico Operatore: Dott./Prof.