

ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

IN CHE COSA CONSISTE?

L'isteroscopia si effettua utilizzando una sottile fibra ottica (l'isteroscopio), che viene inserito, attraverso il collo dell'utero, nella cavità uterina. I moderni isteroscopi sono così sottili da poter essere introdotti attraverso la cervice senza dilatazione o con una minima dilatazione. Poiché l'interno dell'utero è una cavità virtuale, è necessario distenderla con un gas, l'anidride carbonica, o con acqua, al fine di consentirne la visione.

L'isteroscopia diagnostica viene generalmente eseguita in ambulatorio, senza alcuna anestesia e solo in alcuni casi può provocare crampi addominali di entità minima. La durata dell'esame è di tre o quattro minuti.

PER QUALI SITUAZIONI È INDICATA?

Per lo studio della morfologia della cavità uterina in una paziente con problemi di sterilità o che ha avuto perdite ematiche anomale. E' possibile evidenziare i fibromi, i polipi nonché lesioni precancerose o cancerose, che possono essere sottoposte a biopsia.

PRESENTA RISCHI O EFFETTI COLLATERALI?

La maggior parte delle pazienti non ha alcun problema e può ritornare al lavoro il giorno stesso. Alcune pazienti possono avvertire senso di debolezza. Un sanguinamento minimo genitale può durare per alcuni giorni ed è da considerare un reperto normale. E' possibile inoltre avvertire, subito dopo l'esame, un lieve dolore alla spalla della durata di alcuni minuti, dovuto ad una stimolazione riflessa di un nervo ad opera del gas usato per dilatare la cavità uterina.

Le complicanze serie sono molto rare e comprendono:

- sanguinamento profuso
- infezione
- perforazione dell'utero

Il personale è comunque attrezzato e preparato per fronteggiare tutte queste situazioni.

Firma della Paziente (o del Tutore)

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE
PER ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA**

Io sottoscritta _____ nata il _____

dichiaro con la presente che:

- Mi è stato comunicato che può essere utile il ricorso a isteroscopia diagnostica, metodica alla cui applicazione io acconsento in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti e alle conseguenze, anche negative, che ne possono derivare, come spiegato nella nota informativa (vedi retro).
- Ho potuto porre al Medico dott. _____ le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.
- Sono consapevole che posso anche cambiare idea, e non proseguire nell'applicazione del protocollo terapeutico in oggetto, revocando quindi per iscritto il presente consenso, ed accettando le conseguenze cliniche che da tale decisione possono derivare, per esempio la mancata diagnosi del mio disturbo, con eventuale possibile peggioramento del mio stato di salute.

Udine, ____ / ____ / _____

Firma della Paziente (o del Tutore)

Firma del Medico

ATTO DI REVOCA del consenso all'isteroscopia diagnostica.

Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Udine, ____ / ____ / _____ Il Dichiarante _____ Il Medico _____