

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>CONSENSO INFORMATO ISTEROSALPINGOGRAFIA</p>	<p>AST_RAD_519_Ed03</p> <p>Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici</p> <p>Data di Emissione: 19.05.2023</p>
---	---	--

INFORMATIVA

1. CHE COSA È

L'isterosalpingografia è un'indagine radiologica che permette di evidenziare la forma e le dimensioni della cavità uterina ed il decorso, il calibro e la pervietà delle tube.

2. A CHE COSA SERVE

Le informazioni che si potranno ottenere da questo esame saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi del suo problema sanitario e non sono ottenibili con altra metodica.

3. COME SI EFFETTUA

L'indagine si effettua mediante l'introduzione, attraverso un sottile catetere, di mezzo di contrasto organoiodato idrosolubile che opacizza la cavità uterina consentendone lo studio della forma e delle dimensioni e risale poi nelle tube per via reflua evidenziandone la pervietà, il decorso e il calibro. Il catetere viene posizionato per via transvaginale a livello della cavità uterina dopo visualizzazione dell'orifizio uterino esterno mediante il ricorso a speculum monouso. L'introduzione del mezzo di contrasto avviene sotto controllo radioscopico e vengono acquisiti i radiogrammi necessari a documentare la morfologia della cavità uterina e delle tube.

4. COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le manovre necessarie per l'esecuzione dell'isterosalpingografia non sono di solito particolarmente dolorose e possono essere assimilabili a quelle di una visita ginecologica per via transvaginale. Possono in alcuni casi presentarsi dolori di tipo mestruale e a volte dopo l'esame lievi perdite ematiche. Si consiglia comunque riposo con astensione da attività fisiche nelle prime ore successive all'indagine. Altre possibili complicanze, comunque molto rare sono reazioni vagali (nausea, abbassamento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa) e lesioni della parete uterina. In via teorica possono insorgere effetti collaterali dovuti ad eventuale allergia al mezzo di contrasto.

5. PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

- Portare con sé il giorno dell'esame tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti;
- Non è richiesta né consigliata alcuna terapia farmacologica in preparazione dell'esame;
- L'esame, considerati gli effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, deve essere effettuato tra l'VIII e il XII giorno dalla data di inizio dell'ultima mestruazione con astensione dai rapporti sessuali durante questo periodo;
- In caso di amenorrea è necessario eseguire il test di gravidanza prima dell'esame;
- Non è possibile eseguire l'esame in caso di leucorrea o perdite vaginali importanti.

6. RISCHIO PER L'ESPOSIZIONE A RAGGI X

L'esposizione a raggi X comporta un aumento del rischio di sviluppare tumori. Il rischio è generalmente minimo, giustificato dal favorevole rapporto rischio/beneficio. In caso di procedure ripetute deve essere considerato l'effetto cumulativo dell'esposizioni ai raggi X. In caso di procedure interventistiche di lunga durata, potrebbero manifestarsi danni cutanei, alla mucosa intestinale, o al midollo osseo. In considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, la procedura è sconsigliata in caso di gravidanza (in caso di necessità si procederà alla valutazione di ogni singolo caso). Per questo motivo, **in caso Lei sia una donna in età fertile**, Le verrà richiesto di attestare di non essere in stato di gravidanza, accertata o presunta o di non poter escludere lo stato di gravidanza prima dell'esecuzione della procedura. Ulteriori informazioni sono riportate nei cartelli informativi affissi nelle sale di attesa o su richiesta.

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02/4022.2039/2465; mail: info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it
- SC Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02/8184.4652; mail: info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it

Io sottoscritto (*nome e cognome*) **dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.**

Data.....

Firma.....

**CONSENSO INFORMATO
ISTEROSALPINGOGRAFIA****AST_RAD_519_Ed03**Approvazione: Direttore
Dipartimento Area dei Servizi
Diagnostici

Data di Emissione: 19.05.2023

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome

Nome

Data di nascita

Lingua parlata: Italiano: SÌ NO Altro:

Peso (kg):

INDAGINE RICHIESTA:

Spazio etichetta

CONSENSO INFORMATO

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato dichiaro di:

 Accettare **Rifiutare l'indagine proposta****Firma del paziente:** **Data:** ____/____/____**Se minore:**

Padre - Nome Cognome: Data di nascita: Firma:

Madre - Nome Cognome: Data di nascita: Firma:

Tutore/Amministratore di sostegno:.....
(nome, cognome e firma)**Eventuale Interprete/Testimone:**.....
(nome, cognome e firma)**Firma e timbro (o matricola) del Medico:**

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

NOTA: ** In caso di revoca successiva del consenso

Data:

Firma dell'interessato (Nel caso di minore, firme dei genitori):

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Osservazioni: