



| TITOLO | CODICE | REVISIONE | PAGINA |
|---|------------------|-----------|--------|
| CONSENSO INFORMATO ISTEROSALPINGOGRAFIA | C.I. – RAD. - 06 | 2 STESURA | 1 |

| DATA DI EMISSIONE | RESPONSABILE REDAZIONE | RESPONSABILE CONVALIDA | ORGANO DI APPROVAZIONE |
|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------|

10/01/2020

RESP. U.O. RADIODIAGNOSTICA

RISK MANAGER

DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra : _____

Nato/a il: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____

Un intervento chirurgico di **ISTEROSALPINGOGRAFIA**

INFORMAZIONI: ISTEROSALPINGOGRAFIA

CHE COS'E'

L'isterosalpingografia (ISG) è una indagine radiologica dell'apparato genitale femminile che viene utilizzata per valutare la pervietà delle tube e la morfologia della cavità uterina. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

A COSA SERVE

Viene utilizzata per valutare le condizioni delle tube e della cavità uterina ed è di frequente utilizzo nell'iter diagnostico della infertilità femminile.

COME SI EFFETTUA

Viene effettuata iniettando nell'utero, per via cervicale, un mezzo di contrasto a base di iodio, e studiandone il successivo transito, attraverso la cavità uterina, le tube e l'addome. Durante l'esame la paziente è posizionata supina in posizione ginecologica sul tavolo radiologico. Successivamente viene posizionato uno speculum in vagina (come per una normale visita ginecologica) che consente e la visualizzazione del collo uterino e l'introduzione di mezzo di contrasto a base di iodio, attraverso un sottilissimo catetere.

Il liquido dapprima riempie la cavità uterina, poi le tube e, se queste ultime sono aperte, termina il suo percorso nella cavità addominale del peritoneo, durante queste fasi vengono eseguiti diversi radiogrammi che documentano il transito del mezzo di contrasto, la pervietà e la morfologia sia delle tube che della cavità uterina. Nel corso dell'esame la paziente deve mantenere l'immobilità. L'esame viene eseguito in regime ambulatoriale e non è necessario ricorrere all'anestesia, viene generalmente somministrato un farmaco antispastico (Buscopan) prima dell'inizio dell'esame (per evitare il fastidio da spasmo tubarico).

COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

La maggioranza delle donne non avverte dolore, generalmente vengono segnalate sensazioni crampiformi simili a quelle mestruali. Diverso è il caso di soggetti con tube ostruite; in quest'ultimo caso infatti l'esame può risultare più doloroso e di maggior durata, specie se viene tentata contestualmente la disostruzione tubarica (intervento eseguito mediante l'introduzione per la stessa via di un catetere con palloncino dilatatore allo scopo di ristabilire una pervietà nel caso di tube ristrette o ostruite). E' un esame generalmente ben tollerato, ma non è totalmente scevro da complicanze sia immediate che tardive; tra le prime ricordiamo il dolore pelvico, piccole perdite ematiche; tra le complicanze tardive sono segnalate perdite ematiche protratte, febbre, diarrea ecc. L'equipe e' in grado di fornirle la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

L'indagine deve essere eseguita entro il quattordicesimo giorno del ciclo mestruale.

Dal momento che l'isterosalpingografia potrebbe portare nella cavità uterina e nelle tube (attraverso la manovra di cateterismo) eventuali infezioni presenti a livello cervicale o vaginale, è indispensabile disporre, al momento dell'esame, del risultato di un recente **tampone vaginale, oltre al test di gravidanza**, preventivamente eseguiti. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Si rammenta che la paziente sottoposta ad isteroscopia in regime di Day Surgery NON potrà guidare nella giornata in cui è stata ricoverata. In caso eccezionali in cui si osservi perdite ematiche abbondanti, o prolungate, comparsa di febbre, dolore o perdite maleodoranti, si raccomanda di contattare immediatamente il medico. Le attività quotidiane normali e regolari, in generale, possono essere riprese il giorno dopo (successivo) all'intervento.

Complicanze:

Le complicanze successive all'isteroscopia sono eventi rari. Sono state descritte diverse complicanze legate al tipo di anestesia (locale / generale). Sono segnalati in letteratura fenomeni come allergie ed intolleranze a farmaci, ai disinfettanti o ai guanti (latice). Molto infrequentemente possono verificarsi lesioni della parete vaginale, della cervice, perforazione uterina, lesioni ad organi vicini (intestino e vescica). Le complicanze emorragiche possono accadere in periodo operatorio, post-operatorio immediato e come tardivo. –altro evento raro- Il fenomeno dell'intravasazione, la sindrome di sovraccarico e scompenso cardiocircolatorio, può presentarsi dopo un abnorme assorbimento del mezzo di distensione. Legati a questo tipo di complicanza, sono stati descritti eccezionali disturbi di ordine neurologico, insufficienza renale ed altri problemi idroelettrolitici. Altro tipo di complicanze sono rappresentate da infezioni, peritonite, pelvi peritonite (PID), ascesi, infezioni del tratto genitale inferiore, endometrite, etc. L'insorgenza di una qualsiasi complicanza, o difficoltà tecnica potrà rendere necessario un prolungamento del periodo di osservazione, del ricovero o anche, determinare la necessità d'interventi riparatori successivi (per via laparoscopica o laparotomica). Molto raramente, può considerarsi l'esito dell'intervento isteroscopico non soddisfacente o tecnicamente non effettuabile. In alcune particolari occasioni, come nelle miomectomie parziali, si potrà completare l'intervento in un "secondo tempo" con un nuovo intervento, per l'appunto di completamento e ri-controllo. Questa eventualità non deve essere considerata una complicanza vera e propria, ben si una modalità o tecnica appropriata. Il ritrovamento di una patologia oncologica (cancro) nella cavità endometriale, renderà necessario affrontare un approccio chirurgico o terapeutico diverso e distinto all'isteroscopia. Queste informazioni sono sicuramente insufficienti a poter attuare una scelta consapevole e prendere una decisione individuale. Per informarsi adeguatamente, si esorta ad effettuare un colloquio personalizzato, col proprio medico di fiducia.



| TITOLO | CODICE | REVISIONE | PAGINA |
|---|------------------|-----------|--------|
| CONSENSO INFORMATO ISTEROSALPINGOGRAFIA | C.I. – RAD. - 06 | 2 STESURA | 1 |

| DATA DI EMISSIONE | RESPONSABILE REDAZIONE | RESPONSABILE CONVALIDA | ORGANO DI APPROVAZIONE |
|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------|

10/01/2020

RESP. U.O. RADIODIAGNOSTICA

RISK MANAGER

DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra : _____

Nato/a il: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____

Un intervento chirurgico di **ISTEROSALPINGOGRAFIA****DICHIARAZIONE PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE:**

L'esame non deve essere effettuato in gravidanza, pertanto qualora La paziente abbia anche soltanto il dubbio di una gravidanza in atto (ritardo del ciclo mestruale, flusso scarso, discontinua assunzione di anticoncezionali), dovrà farlo presente al personale medico e tecnico.

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

DICHIARA di non essere in stato di gravidanza accertata o presunta .

Data _____

Firma _____

COMPRESIONE PER IL PAZIENTE.

Mi è stata data l'opportunità di porre ogni domanda a riguardo delle procedure previste in questo studio ed i medici responsabili hanno fornito ogni spiegazione alle mie domande.

Autorizzo il mio case-manager/primo operatore ed i suoi collaboratori designati all'attuazione delle procedure previste da questo protocollo. Posso decidere di non partecipare o posso ritirare il mio consenso ed interrompere le procedure in ogni momento. Inoltre ho compreso che i medici possono decidere di interrompere il trattamento qualora il responsabile ritenga che questo sia nel mio migliore interesse. Il medico responsabile mi comunicherà qualora tali circostanze dovessero verificarsi.

Mi è stato garantito, altresì, che verrà garantita la massima riservatezza dei dati sensibili personali; pertanto:

DO il mio consenso affinché il mio caso sia oggetto di utilizzo a fini scientifici e consapevolmente, quindi:

- **Acconto** al trattamento propostomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità;

- **Autorizzo** i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato;

- **Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

- **Autorizzo** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel rispetto completo della mia privacy.

Firma del Medico _____

Firma del/la Paziente _____

Firma del Tutore legale/Legale Rappresentante _____

Data _____