

## **SCHEDA INFORMATIVA PER PROCEDURA DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA – OPERATIVA AMBULATORIALE**

### **PROCEDURA AMBULATORIALE**

L'isteroscopia è una procedura ambulatoriale di minima invasività che consente di indagare su alcune delle patologie uterine che colpiscono donne in tutte le età.

Si utilizza a tale scopo uno strumento di piccole dimensioni costituito da fibre ottiche attraverso il quale si impiegano strumenti chirurgici.

L'isteroscopia ha di fatto consentito al ginecologo di ottenere piena visibilità, con strumenti estremamente precisi, dentro la cavità uterina. Con tale procedura si possono rimuovere lesioni endocavitarie (polipi, miomi, setti endouterini,...) in modo da ripristinare l'integrità anatomica dell'organo.

### **TIPOLOGIA DI ANESTESIA**

Si può eseguire un'anestesia loco-regionale o in casi selezionati non eseguire alcun tipo di anestesia.

### **RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO**

Dopo la procedura è possibile avvertire un leggero fastidio, simile ad una mestruazione, controllabile con antidolorifici.

È una procedura scarsamente rischiosa, specie se eseguita da mani esperte: in taluni casi, però, possono comunque verificarsi perforazioni dell'utero, o lesioni intestinali, vascolari e delle vie urinarie, sanguinamenti, infezioni. Il personale è comunque attrezzato e preparato per fronteggiare tutte queste situazioni.

Come tutte le metodiche chirurgiche ambulatoriali anche l'isteroscopia ha i suoi rischi che devono essere valutati in funzione dei risultati terapeutici e delle condizioni di necessità.

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**dichiaro con la presente che:**

1. mi è stato diagnosticato \_\_\_\_\_;
2. mi è stato pertanto proposto di sottopormi a ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA, procedura medico-chirurgica cui acconsento di sottopormi in base a quello che mi è stato spiegato relativamente ai benefici ragionevolmente attendibili, ai rischi ed alle conseguenze - anche negative - che ne possono derivare (vd. Mod. GIN 02 – “Nota informativa e consenso per isteroscopia diagnostica” );
3. ho potuto porre al dott. \_\_\_\_\_ le domande che ritenevo opportune, e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili; mi è stata consegnata documentazione integrativa (cartacea e/o di altro tipo: Mod. GIN 02 “Nota informativa e consenso per isteroscopia diagnostica” e/o \_\_\_\_\_) in tempi utili affinché io potessi prendere una decisione consapevole circa la prosecuzione dell'iter diagnostico e terapeutico propostomi. Mi è anche stato spiegato che l'intervento sarà programmato solo dopo la valutazione anestesiológica;
4. **sono stat\_\_\_\_\_ informat\_\_\_\_\_ che posso anche cambiare idea, in qualunque momento, revocare il consenso qui espresso**, e decidere di non sottopormi alla pratica medico-chirurgica in questione, o di accedere ad altro tipo di trattamento, se esistente ed adatto alla mia condizione clinica. Le conseguenze, per il mio caso, potrebbero essere:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
5. Sono stat\_\_\_\_\_ informat\_\_\_\_\_ che la procedura si svolgerà in regime ambulatoriale.

Udine, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(con la firma si dichiara di accettare la procedura indicata al punto 2)

**Il Dichiarante**

**Il Medico** (timbro e firma)

Nome e cognome del soggetto sostitutivo nei casi previsti dalla legge \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'eventuale interprete \_\_\_\_\_

Estremi documento identità, sia per un caso che per l'altro: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**CONFERMA DEL CONSENSO, qualora acquisito prima di 3 mesi dalla data della procedura**

Data di conferma \_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_