



## INTERVENTO DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

MD PS Day-Surgery1-7  
rev.3  
07 giugno 2012  
pagina 1 di 1

**S.I.S.Me.R.**

La sottoscritta..... dichiara di avere avuto durante un colloquio preliminare con ....., notizie relative alla patologia per la quale si propone di eseguire una indagine isteroscopica, alle caratteristiche di questa tecnica, ed alle ragioni per le quali essa è ritenuta indicata. Ho avuto assicurazioni in ordine alla disponibilità di personale e mezzi idonei a garantire la sicurezza dell'esame.

**Sono stata portata inoltre a conoscenza dei seguenti rischi e delle possibili complicanze:**

Complicanze legate alla tecnica isteroscopica: perforazioni uterine, creazione di false vie, impossibilità di eseguire l'indagine per stenosi serrata dell'orifizio uterino interno, lipotimie legate alla stimolazione vagale. Il mezzo di distensione della cavità uterina generalmente usato è un mezzo liquido idoneo. Qualora il mezzo di distensione della cavità uterina sia l'anidride carbonica, la quale, passando attraverso le tube, stimola il nervo frenico può verificarsi un dolore più o meno violento alla base del collo ed ad una spalla. Questo dolore passa dopo diverso tempo, variabile da soggetto a soggetto (pochi minuti fino a mezz'ora). Si possono utilizzare farmaci antidolorifici. Per diversi giorni dopo l'esame possono essere presenti perdite ematiche che non hanno significato patologico. L'equipe medica è comunque sempre disponibile per chiarimenti. Sono inoltre stata edotta della possibilità di praticare prima dell'indagine una terapia antidolorifica ed una terapia con ATROPINA CLORIDRATO 0,5 mg onde contrastare la stimolazione vagale. Pertanto mi è stato prescritto un elettrocardiogramma non antecedente a 18 mesi dalla data di esecuzione della isteroscopia.

La sottoscritta ..... acconsente liberamente di sottoporsi ad isteroscopia diagnostica.

Data ..... Firma.....