



CONSENSO INFORMATO
INTERVENTO DI ISTEROSCOPIA
OPERATIVA

MD PS Day-Surgery1-9
rev.1
10 novembre 2010
pagina 1 di 1

S.I.S.Me.R

La sottoscritta
Nata ail.....
Acconsente di sottoporsi ad intervento di Isteroscopia Operativa per.....
Sottoscrive di aver avuto un colloquio preliminare con il Dott./Prof.....
Durante il quale sono state chiarite e soddisfatte tutte le sue domande ed i suoi dubbi relativi all'intervento proposto, e di autorizzare il Dott./Prof.....
e/o colleghi dello stesso ad eseguire l'intervento.

La sottoscritta dichiara che le è stato spiegato che l'isteroscopia diagnostico-operativa è un intervento che si effettua introducendo uno strumento sottile di acciaio con all'interno delle fibre ottiche attraverso la vagina dentro l'utero penetrando nel canale del collo dell'utero. Per consentire la visione della cavità uterina è necessario distendere le pareti uterine con CO₂ o liquidi particolari. Quindi si verifica il tipo di alterazione presente e, se confermata, si procederà ad eliminazione totale o parziale della stessa. Possono essere asportati polipi, sinechie, setti, miomi e, parzialmente o interamente, l'endometrio.

E' inoltre a conoscenza dei seguenti rischi e delle possibili complicanze dell'intervento:

- Complicanze legate all'anestesia generale (come per ogni altro tipo di intervento chirurgico).
- Complicanze legate alla tecnica isteroscopica: lesioni cervicali, perforazione uterina, lesioni intestinali, complicanze emorragiche.
- Possibile sindrome da sovraccarico circolatorio con possibili disturbi neurologici e scompenso cardiaco da eccessivo assorbimento del mezzo di distensione.
- Possibilità che l'esito non possa considerarsi soddisfacente e necessiti di ulteriore intervento.
- Possibilità che l'intervento in seguito all'insorgenza di complicanze possa essere completato o eseguito per via laparotomia nel caso che l'operatore lo ritenga necessario.
- Insorgenza di complicanze post-intervento (come per ogni atto chirurgico).

Data.....

Firma della paziente.....