



Protocollo per Isterosalpingografia

Eseguire precedentemente l'esame : Batteriologico vaginale per ricerca di Gram + Gram - , Clamydia , Mycoplasmi, Ureaplasma, Trichomonas, Gardnerella, Miceti.

Se l'esito risulta negativo telefonare al n° 3384622384 il 1° giorno del ciclo mestruale per prenotare l'esame.

Se l'esito è positivo rivolgersi al ginecologo curante o al Centro Pma per la terapia antibiotica mirata.

La sera precedente l'esame si consiglia utilizzare un piccolo clisma (Si trovano già pronti in farmacia) per pulire meglio l'intestino e ottimizzare il risultato dell'esame.

La sera precedente all'esame effettuare terapia con 2 compresse di Zitromax da 500 mg per os in un'unica somministrazione.

Il giorno dell'isterosalpingografia presentarsi digiuna, con l'impegnativa del medico curante ed il consenso debitamente compilato e firmato.



CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

NOTA INFORMATIVA-CONSENSO INFORMATO ISTEROSALPINGOGRAFIA

Prima di procedere all'informazione relativa alla procedura diagnostica proposta, Le chiediamo di leggere attentamente quanto di seguito riportato:

❖ La procedura di seguito descritta comporta l'impiego di Raggi X, che è sconsigliato nel caso di donne con gravidanza in corso, in quanto potrebbe provocare danni al nascituro. Questo comporta che, con la firma del presente modulo Lei **dichiara di non essere in gravidanza ed impegnarsi ad evitarla con idonei metodi contraccettivi fino alla mestruazione successiva all'esame.**

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Allo scopo di decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico, grazie alle specifiche informazioni che derivano da questa indagine, è **indispensabile fornirLe le seguenti informazioni:**

Descrizione procedura

L'esame viene condotto in collaborazione dallo specialista ginecologo e radiologo.

La paziente viene posizionata come per una visita ginecologica

L'isterosalpingografia è un esame radiologico che permette la visualizzazione della cavità uterina e delle salpingi mediante l'introduzione del mezzo di contrasto attraverso vari tipi di iniettori applicati alla cervice, inseriti nell'orifizio cervicale. Una volta introdotto il mezzo di contrasto si procederà all'esecuzione di alcuni radiogrammi.

Rischi della metodica

Pur non trattandosi di procedura ad alto rischio, possono insorgere effetti collaterali dovuti ad un'eventuale allergia al mezzo di contrasto iodato. Questo farmaco può raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come lievi (nausea, vomito, prurito) o moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio).

In percentuale inferiore all'1% si può provocare un'infezione pelvica acuta con necessità di terapia medica antibiotica o in casi più gravi necessità di intervento chirurgico. Per ridurre questo rischio verrà effettuata una profilassi antibiotica la sera prima dell'esame.

Possibili disturbi

A causa di questa manovra potrà perdurare nell'arco della giornata una sensazione di fastidio e/o dolore risolubile assumendo normali analgesici e con un adeguato riposo.

Tutto ciò premesso, il/la Sottoscritto/a

con la presente **dichiara** di aver letto e compreso quanto esposto nel presente modulo e di aver ricevuto dal **Dott..... (in stampatello)** ogni ulteriore informazione in merito: al tipo di trattamento diagnostico; alle modalità di esecuzione dello stesso; ai vantaggi ai fini di una precisa diagnosi; ai rischi ad esso correlati; alle alternative terapeutiche sia farmacologiche che chirurgiche, rispondendo esaurientemente ad ogni quesito e richiesta di precisazioni in merito **illustrando quali sarebbero le conseguenze qualora decidessi di NON effettuare tale accertamento/procedura e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta.**

Alla luce di quanto esposto, in data il/la Sottoscritto/a dichiara di

**ACCETTARE
DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA SEGUENTE PROCEDURA
DIAGNOSTICA E/O TERAPEUTICA**

Tipo di esame/intervento Firma del paziente Data.....

Firma del Medico Operatore: Dott.