

Dipartimento di Oncologia Radioterapica e di Diagnostica per immagini

STRUTTURA OPERATIVA DI RADIOLOGIA

Direttore: dr. Luca Balestreri

Segreteria direttore 0434 – 659570

Segreteria appuntamenti Tac – Risonanza Magnetica tel.: 0434-659650 dalle 13:00 alle 15:30

Fax: 0434 – 659505

e-mail: radiologia@cro.it

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA ISTEROSALPINGOGRAFIA

SINTESI INFORMATIVA

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 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



CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO ISTITUTO NAZIONALE TUMORI – AVIANO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)
Via Franco Gallini, 2 – 33081 AVIANO-PN – Italia – C.F.-P.I. 00623340932 – Tel.39-0434-659111 – Fax 39-0434-652182

medico radiologo.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI ISTEROSALPINGOGRAFIA

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente ISTEROSALPINGOGRAFIA.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data _____ Firma del paziente _____



CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO ISTITUTO NAZIONALE TUMORI – AVIANO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)
Via Franco Gallini, 2 – 33081 AVIANO-PN – Italia – C.F.-P.I. 00623340932 – Tel.39-0434-659111 – Fax 39-0434-652182

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____

Firma del paziente _____