



CONSENSO INFORMATO ALLA SONOISTEROGRAFIA

CHE COS'È LA SONOISTEROGRAFIA?

La sonoisterografia è una procedura diagnostica che permette di visualizzare l'interno della cavità uterina.

L'effettuazione della sonoisterografia prevede, dopo posizionamento di uno speculum in vagina, l'inserimento di un catetere plastico sterile monouso all'interno dell'utero attraverso cui viene introdotta una soluzione fisiologica sterile come mezzo di contrasto.

Questa preparazione viene poi seguita da un'ecografia transvaginale per la valutazione diagnostica.

INDICAZIONI:

Costituiscono indicazione alla sonoisterografia una sospetta patologia endocavitaria, sanguinamenti uterini anomali in pre e post menopausa, riscontro ecografico di lesioni o ispessimenti focali o diffusi dell'endometrio o una valutazione insoddisfacente dell'endometrio con l'ecografia transvaginale.

Costituiscono anche indicazioni all'esame la sterilità di coppia ed il supporto alla chirurgia endoscopica.

OBIETTIVI DELLA METODICA

Valutazione della morfologia della cavità uterina, identificare e/o escludere patologie uterine endocavitarie, fornire indicazioni al chirurgo sul tipo di approccio chirurgico da seguire e valutarne i risultati conseguiti.

L'ESAME È EFFETTUABILE IN TUTTI I CASI?

Dai dati della letteratura, l'indagine non è effettuabile in una percentuale di casi compresa tra lo 0 e il 15%. Le cause possono essere legate a stenosi cervicale severa che impedisce l'inserimento del catetere, incompetenza cervicale, miomi uterini multipli che impediscono una completa visualizzazione della cavità uterina o della rima endometriale, insorgenza in corso d'esame di dolore pelvico e/o reazioni vagali che inducono a sospendere l'esame.

È UN ESAME CHE RICHIEDE UNA PARTICOLARE PREPARAZIONE?

Nelle pazienti in età fertile è consigliabile effettuare l'esame in fase follicolare precoce, al termine della mestruazione e comunque prima dell'ovulazione (in pratica: entro il 10°-12° giorno del ciclo per le pazienti con ciclo regolare).

L'esame deve essere effettuato previa esclusione di controindicazioni assolute all'accertamento stesso quali lo stato di gravidanza, una malattia infiammatoria pelvica.

Non esistono attualmente evidenze sulla necessità di effettuare sistematicamente premedicazione con FANS e/o antibiotico terapia.

È UN ESAME DOLOROSO? POSSONO VERIFICARSI COMPLICAZIONI?

Generalmente, la sonoisterografia è un esame di facile esecuzione, ben tollerato e con una bassissima incidenza di complicanze. È possibile la comparsa di effetti collaterali in una percentuale molto modesta di casi che consistono in dolore pelvico, sintomi vagali, nausea, vomito in corso d'esame e perdite ematiche vaginali nelle ore successive all'esame stesso.

Rare complicanze consistono in febbre che si risolve spontaneamente ma che a volte può richiedere una terapia antibiotica e peritonite.

QUALI SONO I LIMITI DELL'ESAME?

L'accuratezza diagnostica è buona ma non assoluta per la diagnosi di patologie focali (polipi, sinechie, miomi).

In caso di esito positivo o dubbio dell'indagine può rendersi necessario un approfondimento mediante ulteriori indagini. (es. Isteroscopia, biopsia).



DICHIARA

di essere stata esaurientemente informata in merito a scopi, modalità di effettuazione, accuratezza diagnostica, limiti ed effetti collaterali/complicazioni, dettagli tecnici dell'indagine ed in particolare del fatto che l'esecuzione dell'esame prevede:

- L'introduzione di un catetere plastico sterile monouso all'interno dell'utero
- L'impiego di soluzione fisiologica sterile quale mezzo di contrasto
- L'esecuzione di un'indagine ecografica transvaginale

DICHIARA

Di essere a conoscenza delle eventuali complicazioni legate all'indagine e delle possibili alternative diagnostiche alla sonoistografia.

DECIDE PERTANTO:

- Di SOTTOPORSI all'indagine diagnostica
- Di NON SOTTOPORSI all'indagine diagnostica nella più assoluta libertà, avendo avuto la possibilità di rivolgere ogni eventuale domanda al medico ottenendo risposte adeguatamente esaurienti.

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente
minorenne esercente la potestà genitoriale _____
C.F. _____ nato/a _____ a _____ il ____/____/____ e residente
in _____

Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____