



STUDIO RADIOLOGICO

“Città di Parabiago”

C.so Sempione, 80/a - 20015 Parabiago (MI) - Tel. 0331.552401

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ISTEROSALPINGOGRAFIA

L'isterosalpingografia utilizza raggi X (radiazioni ionizzanti) per visualizzare le tube attraverso un mezzo di contrasto a base di iodio.

Quest'esame espone a radiazioni, per cui va effettuato solo in presenza di una motivazione clinica specifica.

Le donne che intendono sottoporsi a questo esame devono escludere gravidanze in corso ed osservare le istruzioni riportate su apposita scheda.

La persona è posizionata sull'apparecchio radiologico in posizione ginecologica. L'esame si esegue posizionando uno speculum vaginale ed un sottile catetere in utero, attraverso il quale vengono introdotti non oltre 10 ml di mezzo di contrasto iodato non ionico.

L'esame procura il fastidio di una visita ginecologica, soprattutto per il posizionamento dello speculum vaginale e del catetere uterino.

Il mezzo di contrasto iodati è sicuro. Esso è un farmaco e come tale, occasionalmente può determinare effetti collaterali come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria, che in genere si risolvono spontaneamente. Raramente può causare shock anafilattico: in questi casi è necessaria la terapia medica e l'intervento del medico rianimatore, che è presente quando si utilizza il mezzo di contrasto. In casi del tutto eccezionali, come avviene con qualsiasi farmaco o anche nelle punture d'insetti, i mezzi di contrasto possono causare decesso. Esiste la possibilità di reazioni ritardate al mezzo di contrasto (entro ore o giorni) generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia.

L'esame effettuato potrà portare ad una diagnosi, ad un sospetto diagnostico, alla richiesta di ulteriori approfondimenti e/o controlli.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE ALL'ESECUZIONE DI ISTEROSALPINGOGRAFIA

Io sottoscritta _____ nata _____

il _____ residente in _____ Via _____

informata e consapevole:

- che l'esame richiesto dal mio medico di fiducia è quello più appropriato;
- di aver ricevuto, compreso e recepito le informazioni ed i chiarimenti che mi sono stati dati;

accetto di essere sottoposta all'esame proposto



Data _____ Firma _____

DICHIARO:

- 1. LA DATA DELL'ULTIMA MESTRUAZIONE E' _____**
- 2. DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA.**

Data _____ Firma _____

Firma del medico radiologo _____