 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ISTEROSCOPIA AMBULATORIALE	INFO_CHG-002 Rev. 1 del 20.10.25

Gentile Paziente _____,

un'adeguata informazione sul piano di cura è elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce parte fondamentale del piano assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le caratteristiche dell'attività sanitaria, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché possibili rischi e controindicazioni del trattamento. Tali informazioni, tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. La procedura diagnostico-terapeutica consigliata di ISTEROSCOPIA AMBULATORIALE trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico informazioni veritiere sul suo stato di salute, al fine di valutare possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

INFORMAZIONI GENERALI SULL'ISTEROSCOPIA AMBULATORIALE

L'isteroscopia è una tecnica endoscopica ambulatoriale invasiva finalizzata allo studio morfologico del canale cervicale, della cavità uterina, degli osti tubarici e alla valutazione macroscopica dei rispettivi epitelii di rivestimento. In alcuni casi selezionati e con strumentazione dedicata si possono eseguire semplici procedure chirurgiche ambulatoriali. Il momento migliore per eseguire l'isteroscopia è tra il 7° ed il 12° giorno dall'inizio del ciclo, ad eccezione di pazienti in menopausa, quando è possibile avere una visione adeguata dell'interno della cavità uterina. L'isteroscopia è una procedura semplice che richiede solitamente un breve tempo di esecuzione. Esiste, inoltre, la possibilità che tale intervento di isteroscopia possa essere convertito in isteroscopia operativa per il trattamento di patologie non precedentemente note al medico operatore e diagnosticate solo al momento dell'intervento (ad esempio polipi endometriali e/o cervicali, ecc.). Infine l'esame può non essere eseguibile (3% dei casi) per problemi anatomici - stenosi del canale cervicale - o per particolari stati d'ansia della Paziente. Al termine della procedura generalmente la paziente può tornare alla propria attività lavorativa. Il tasso di non eseguibilità dell'esame varia dal 1% al 7% ed è spesso dovuto alle difficoltà del passaggio dell'isteroscopio attraverso il canale cervicale. Nel caso in cui venga prelevato del materiale durante l'esame, questo verrà inviato al laboratorio analisi per l'esame istologico. L'esito sarà disponibile successivamente alla valutazione del medico ginecologo che ne ha richiesto l'esecuzione.

MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL TRATTAMENTO

L'esame si esegue impiegando un sistema ottico denominato isteroscopio del calibro di 5 mm circa e prevede l'utilizzo di un mezzo di distensione della cavità uterina che può essere, a seconda delle circostanze, gassoso (anidride carbonica) o liquido (soluzione fisiologica). L'esame viene condotto con paziente in posizione ginecologica. L'operatore con l'isteroscopio visualizza l'orifizio uterino esterno, entra all'interno del canale cervicale e successivamente nella cavità endometriale. Tale procedura è eseguita generalmente in vaginoscopia, vale a dire senza speculum, senza afferrare la portio con pinze e senza dilatare il canale cervicale che viene disteso solo con soluzione fisiologica sterile. Si precisa che lo strumentario utilizzato viene sottoposto ad ogni utilizzo a trattamento con sterilizzanti ad alta efficacia nei modi e nei tempi definiti dalle linee guida scientifiche. Dalle stesse linee guida si desume come per le procedure isteroscopiche di routine l'uso degli antibiotici come profilassi non è raccomandato, se non altrimenti richiesto dal ginecologo per casi specifici. Gli antibiotici vengono usati solo come profilassi dell'endocardite batterica. Ove fosse necessario un trattamento di sedazione profonda per la gestione del dolore questo verrà attuato dall'anestesista presente in struttura.


RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE

Sono rari e comprendono dolori pelvici simil-mestruali (soprattutto in seguito a biopsia o polipectomia), disturbi neuro vegetativi (sindrome vagale: possibilità di capogiri con senso di nausea e svenimento che generalmente si risolvono spontaneamente in breve tempo), perdite ematiche simil-mestruali della durata di qualche ora o che si interrompono comunque dopo qualche giorno, infezioni del tratto urinario. Molto raramente si possono avere anche lacerazione o perforazione uterine con conseguente sanguinamento, PID (Malattia Infiammatoria Pelvica), Sactosalpinge (raccolta liquida nella tuba) ed infiammazioni/infezioni uterine, con possibili ricadute negative sulla fertilità della paziente. Esistono inoltre possibili complicanze legate al mezzo liquido di distensione (principalmente mannitolo utilizzato nell'isteroscopia operativa): possibile sindrome da sovraccarico circolatorio con possibili disturbi neurologici e scompenso cardiaco da eccessivo assorbimento del liquido utilizzato per distendere le pareti uterine.

CONTROINDICAZIONI DELLA ISTEROSCOPIA

Prima di eseguire il trattamento è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di una delle seguenti situazioni, al fine di identificare possibili controindicazioni ed individuare le opportune alternative terapeutiche:

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO PER ENDOCARDITE BATTERICA (PROTESI VALVOLARI CARDIACHE, PRECEDENTI EPISODI DI ENDOCARDITE BATTERICA, CARDIOPATIE CONGENITE, SHUNT CHIRURGICI O DOTTI SISTEMICO-POLMONARI)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI INFEZIONE PELVICA ATTIVA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI HERPES VIRUS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI GRAVIDANZA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI DILATAZIONE TUBARICA (SACTOSALPINGE)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENZA DI CARCINOMA DELLA CERVICE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ISTEROSCOPIA AMBULATORIALE	INFO_CHG-002 Rev. 0 del 18.10.24

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'atto sanitario in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. **Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare.** Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare l'esame proposto dal medico, potrebbe essere valutata l'opportunità di eseguire un trattamento alternativo laddove possibile, essendo tuttavia informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare: 1) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; 2) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi. Con la firma di questo documento il paziente autorizza il medico operatore ad eseguire, durante l'isteroscopia diagnostica e nel caso in cui lo ritenesse necessario, prelievi per esami istologici e approfondimenti immunostocchimici. In tal caso l'esecuzione di uno o più prelievi biotipici comporterà l'applicazione di uno specifico tariffario: 1 campione: € 55,00 - 2 campioni: € 95,00 - 3 campioni: € 130,00 - 4 campioni: € 160,00 - 5 campioni: € 190,00 - 6 campioni: € 220,00. Si comunica inoltre che, qualora durante l'esame il medico operatore dovesse individuare patologie non precedentemente diagnosticate e che necessitano di trattamento immediato, il costo dell'esame potrà aumentare fino a € 1.600, in base alla tipologia e alla durata dell'intervento chirurgico che verrà effettuato, nonché del materiale utilizzato. Il costo di eventuali esami istologici è da considerarsi a parte.

DATI IDENTIFICATIVI

NOMINATIVO	
DATA DI NASCITA	
NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE SE MINORE/INCAPACE:	

DATI SANITARI

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA ED EVENTUALI NOTE DEL PAZIENTE:
.....
.....

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA ISTEROSCOPIA

Io, sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità di sottopormi all'indagine ISTEROSCOPIA AMBULATORIALE e di aver ricevuto, nonché di essermi scrupolosamente attenuto/a, alle indicazioni contenute nel modulo di preparazione consegnatomi in sede di prenotazione della prestazione sanitaria. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame, nonché di aver fornito informazioni veritiere sul mio stato di salute. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole. Dichiaro infine di accettare, laddove clinicamente necessario, la variazione della procedura da diagnostica a operativa e la conseguente variazione di tariffario di cui mi ritengo adeguatamente informato. Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- diretto interessato al trattamento
- tutore di
- esercente la responsabilità genitoriale su

<input type="checkbox"/> acconsente	<input type="checkbox"/> non acconsente
--	--

All'esecuzione dell'atto sanitario sopra indicato.
Data: **Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):**
Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi.
Data: **Firma del medico:**