



SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

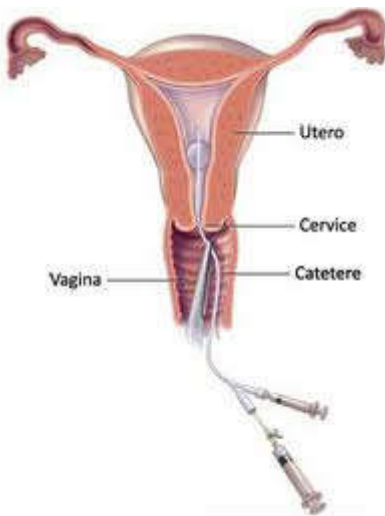
Resp.: Dott. *Fabio Sandomenico*

INFORMATIVA PER L'UTENTE ESTERNO PRIMA DELL'ESECUZIONE DI ISTEROSALPINGOGRAFIA

L'isterosalpingografia è un'indagine radiologica tradizionale, che studia alcune caratteristiche dell'apparato genitale femminile.

Eseguita in ambulatorio, di rapida e facile esecuzione, prevede l'introduzione nell'utero di un piccolo catetere a cui segue l'iniezione di mezzo di contrasto iodato, sostanza radiopaca che consente di visualizzare la cavità uterina e le tube

Al termine dell'iniezione può essere avvertito un lieve dolore di tipo mestruale.



L'esame non deve essere eseguito se c'è il sospetto di una gravidanza [rapporti non protetti]; se c'è il sospetto di una infezione ginecologica.

Va eseguita nel periodo che va dal termine della mestruazione all'inizio dell'ovulazione, in genere dal 5° al 10° giorno dall'inizio del ciclo.

E' opportuno effettuare prima dell'esame:

- un test di gravidanza;
- un tampone vaginale per Trichomonas, Clamidia, batteri;

La mattina dell'esame, la paziente deve fare un clistere rettale, deve essere digiuna, presentarsi con le analisi e con il relativo

quesito clinico.

Nei giorni successivi all'esame, la paziente potrà assumere un antinfiammatorio non steroideo, per 3 sere, dopo aver mangiato.

Esibire la documentazione clinica e radiologica relativa ad accertamenti precedenti

Per qualsiasi informazione sulla preparazione all'esame contattare il Servizio di Radiologia N° tel 081 5981419



SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Resp.: Dott. *Fabio Sandomenico*

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ISTEROSALPINGOGRAFIA

La sottoscritta _____ dichiara di aver letto e ben compreso le informazioni relative alla procedura di isterosalpingografia alla quale verrò sottoposto e di aver ricevuto risposte esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame al quale sarò sottoposto, non è esente da rischi o eventi avversi, che mi sono stati spiegati ed ho ben compreso. Mi è stato inoltre comunicato che sono state messe in atto tutte le misure e le precauzioni per prevenire ogni eventuale complicanza.

Pertanto

- ACCONSENTO** allo svolgimento dell'indagine con mezzo di contrasto.
- NON ACCONSENTO** allo svolgimento dell'indagine con mezzo di contrasto.

Inoltre dichiaro che le mestruazioni sono state regolari, di non essere in gravidanza o di non avere avuto rapporti non protetti dopo la mestruazione.

Data ultima mestruazione/...../.....

Data e Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)

DA VALIDARE A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO

Timbro e firma del Medico Radiologo _____