

 Ospedale San Camillo - Trento		<h1 style="margin: 0;">PREPARAZIONE ESAME</h1> <h2 style="margin: 0;">ISTEROSALPINGOGRAFIA</h2> <p style="margin: 0;">Servizio di Radiologia Responsabile Dott.ssa Katia Benini</p>
CODICE	MOAS_748	
REVISIONE	0	
DATA	19/03/2021	
PAGINA	1 di 1	

Per fissare l'appuntamento per l'esame di isterosalpingografia chiamare la segreteria (numero 0461.216102 dalle 8.00 alle 16.00) il primo giorno del ciclo mestruale.

ESAMI PREVENTIVI INDISPENSABILI PER PROCEDERE ALL'INDAGINE

- TEST DI GRAVIDANZA **Beta HCG materno.**

La paziente deve portare la risposta scritta di tale esame effettuato da un laboratorio accreditato eseguito negli 8 giorni precedenti l'esame.

La paziente deve comunque avere cura di non avere rapporti (o di averli protetti) dalla data della mestruazione precedente l'esame fino alla mestruazione successiva l'esame, per evitare l'insorgenza di gravidanza in tale periodo.

- ECOGRAFIA PELVICA-GINECOLOGICA.

La paziente deve portare il referto scritto di tale esame eseguito entro gli ultimi due mesi.

- TAMPONE CERVICO-VAGINALE.

La paziente deve portare il referto scritto di tale esame eseguito entro gli ultimi due mesi.

Il giorno dell'esame la paziente deve presentarsi in Radiologia:

1. Munita di:
 - *RICHIESTA MEDICA*
 - *TESSERA SANITARIA*
 - Modulo CONSENSO PER ESAME CON M.D.C. (MOAS_199) scaricabile al link: https://figliesancamillo.it/trento/ospedale-san-camillo/consensi_deleghe/
2. In periodo intermestruale (tra 7° e 13° giorno dall'inizio del ciclo mestruale).
3. Digiuna dalla mezzanotte (se l'esame viene eseguito nel pomeriggio solo colazione entro le ore 09.00).
4. Clistere di pulizia (200ml) da eseguire un'ora prima dell'esame (va bene anche la sera prima il più tardi possibile).
5. Eventuale documentazione radiologica preesistente.

L'esame radiologico ha durata approssimativa di un'ora.

DOPO L'ESAME è possibile che la paziente presenti dolore pelvico e/o perdite ematiche per qualche ora.

DOPO L'ESAME si consiglia riposo per tutto il giorno.

L'ORARIO D'APPUNTAMENTO È INDICATIVO E POTRÀ SUBIRE VARIAZIONI IN RAPPORTO ALLA DURATA DEGLI ESAMI PRECEDENTI.

Segreteria servizio di radiologia: radiologiasegr.tn@figliesancamillo.it

 Ospedale San Camillo - Trento		RICHIESTA E CONSENSO
CODICE	MOAS_199	ESAME RADIOGRAFICO CON M.d.C. ORGANO-IODATO Servizio di Radiologia Responsabile Dott.ssa Katia Benini
REVISIONE	1	
DATA	21/04/2021	
PAGINA	1 di 1	

Al Medico Curante Dott.tel. n.

In conformità alla Nota Ministero Sanità del 17.9.1997 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto organo-iodati per via iniettiva, È NECESSARIO conoscere le condizioni clinico-anamnestiche che riguardano

il/la Sig./ra nato/a il

Con quesito clinico di

Relativamente all'indagineche comporta l'uso di m.d.c. non ionico.

È INDISPENSABILE essere informati sugli elementi anamnestici o clinici relativi a :

- comprovato rischio allergico a contrasti iodati o ad altre sostanze SI NO
- forme di grave insufficienza epatica, renale, cardiovascolare SI NO
- paraproteinemie o mieloma multiplo SI NO
- trattamento in atto con farmaci (biguanidi, interleukina, beta-bloccanti) SI NO
- assunzione di alcool, droghe SI NO

.....
Firma del Medico Curante

Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal/la Paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico Curante, del quesito clinico e dell'indagine proposta, si ritiene / non si ritiene di procedere all'indagine..... con l'uso di m.d.c. non ionico di procedere ad ulteriori accertamenti

N. B. La consultazione preventiva con il Medico Anestesista è opportuna nei Pazienti a rischio (comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica, renale, cardiovascolare, paraproteinemia di Waldstrom o mieloma multiplo).

Consultazione preventiva con il Medico Anestesista effettuata SI NO

.....
Firma del Medico Anestesista

CONSENSO INFORMATO

Informato/a dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento, delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine

Io sottoscritto/a.....ampiamente soddisfatto/a delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal dott.DICHIARO DI ACCONSENTIRE ALLO SVOLGIMENTO DELLA STESSA; mi è stato spiegato che l'indagine non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza e che tali complicanze possono assai raramente e imprevedibilmente risultare fatali.

Trento, ___ / ___ / ____

Firma del/la Paziente o del titolare del consenso

Firma del Medico Radiologo