

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, dopo un colloquio informativo con il Dr. \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO**

L'esecuzione di una isteroscopia operativa durante la quale verrò trattata per la diagnosi di \_\_\_\_\_  
..... con l'intervento di .....

- a) sono stata edotta e resa consapevole che trattasi di un intervento chirurgico eseguito in anestesia generale e che, pertanto, potrebbero presentarsi rischi generici e particolari complicanze (verificabili dall'1 al 10%, secondo la patologia trattata) quali:
- complicanze legate all'anestesia generale come per ogni altro tipo di intervento chirurgico (nel caso in cui l'isteroscopia venga eseguita in sedazione);
  - complicanze legate alla tecnica isteroscopica: lesioni cervicali, perforazione uterina, lesioni intestinali, complicanze emorragiche;
  - PID (Malattia Infiammatoria Pelvica)
  - Sactosalpinge (raccolta liquida nella tuba)
  - possibile sindrome da sovraccarico circolatorio con possibili disturbi neurologici e scompenso cardiaco da eccessivo assorbimento del mezzo di distensione;
  - possibilità che l'esito non possa considerarsi soddisfacente e necessiti di ulteriore intervento;
  - possibilità che l'intervento, in seguito all'insorgenza di complicanze o imprevisti, possa essere completato o eseguito per via laparoscopica o laparotomia nel caso che l'operatore lo ritenga necessario;
  - insorgenza di complicanze post intervento, come per ogni atto chirurgico.

Alcune complicanze - come le infezioni uterine - non sembrano migliorare se si impiegano antibiotici prima o dopo l'esame: va comunque precisato che lo strumentario utilizzato viene sottoposto ad ogni utilizzo a trattamento con sterilizzanti ad alto livello nei modi e nei tempi già ampiamente codificati.

Ribadisco di essere stata informata in modo chiaro, esauriente ed a me comprensibile sugli obiettivi, sui benefici, sugli eventuali rischi, sulle prevedibili conseguenze menomanti e su tutte le possibili alternative a questo tipo di tecnica chirurgica; dichiaro di aver meditato su quanto mi è stato riferito dal medico, consapevole di averlo a mia disposizione per qualunque ulteriore chiarimento, e confermo di non aver interrogativi insoluti.

Autorizzo pertanto i sanitari ad eseguire quanto proposto, compreso eventuali e più estese procedure isteroscopiche ed anche ad effettuare il passaggio alla via laparoscopica o laparotomica se a loro insindacabile giudizio si dovesse presentare tale necessità per la buona riuscita dell'intervento.

Questa autorizzazione è da ritenersi valida anche per il trattamento di patologie non precedentemente note all'operatore e diagnosticate solo al momento dell'intervento.

b) Sono stata, inoltre, informata che è prassi del centro inviare il materiale biologico eventualmente asportato/prelevato presso strutture di riferimento del centro stesso per l'effettuazione dell'esame istologico ed il cui costo è di mia completa spettanza.

La sottoscritta dichiara di non avere una gravidanza in corso.

Chianciano Terme,

Firma del medico ..... Firma della paziente .....

**La sottoscritta, in riferimento a quanto espresso al punto b) e, nonostante le indicazioni sopracitate, non intende dare il proprio consenso all'effettuazione dell'esame istologico e, per questo motivo, ritira sotto la propria responsabilità il campione organico prelevato.**

*Firma della paziente .....*

**Ho perfettamente compreso quanto sopra letto e firmato e non necessito di ulteriori spiegazioni nè ho domande da porre al riguardo.**

Firma della paziente .....