

Vi diamo il benvenuto nella Struttura Complessa di Radiologia Pediatrica dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo di Trieste. Vi segnaliamo che, durante la permanenza in ospedale vostra o di vostro figlio/a, tutto il personale del reparto si adopererà per soddisfare ogni vostra esigenza di informazione sul percorso di cura e sulle regole organizzative interne. Vi preghiamo di leggere attentamente le informazioni riportate in questo modulo prima di firmare il vostro consenso al piano diagnostico e terapeutico proposto. Accertatevi di aver compreso bene tutte le fasi della procedura, che richiedono una partecipazione attiva e consapevole. Le informazioni fornite non sostituiscono in alcun modo il colloquio con il medico, al quale è possibile esprimere qualsiasi quesito in merito.

PARTE A - RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI

Io/noi sottoscritto/a/i, in qualità di assistito/a genitori (*entrambi*) madre padre
 tutore altro responsabile legale,
responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

DATI IDENTIFICATIVI

Etichetta	Dati identificativi dell'assistito/a	
	Cognome	Nome
	Nato/a a	il
	Residente a	CAP
	in Via	

DA COMPILARE SOLO SE L'ASSISTITO/A È MINORENNE (<18 ANNI) E NON EMANCIPATO/A

<p>Dati dei genitori o del titolare della responsabilità genitoriale*: <i>In caso di minore vi è la necessità di ottenere il consenso da <u>entrambi i genitori</u>, o da chi, giuridicamente, ne faccia le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno solo dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è sempre presa in considerazione.</i> <u>In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199).</u> <i>In caso di presenza del legale rappresentante non genitore, deve essere <u>allegata</u> la documentazione che attesta i poteri conferiti¹.</i></p>	Nome e cognome dei genitori	
	Madre Cognome	
	Nome	
	Nata a	
	il	
	Residente a	
	CAP	
	in Via	
	Padre Cognome	
	Nome	
Nato a		
il		
Residente a		
CAP		
in Via		
Altro Titolare della responsabilità genitoriale		
Cognome		
Nome		
Nato a		
il		
Residente a		
CAP		
in Via		
Documento di identità		

DICHIARO/DICHIARIAMO

di essere stato/a/i informato/a/i, dal dott./dott.ssa, in relazione all'atto sanitario proposto, di seguito descritto, che verrà effettuato dal personale preposto a,
 con il supporto del mediatore culturale Sig./Sig.a

¹ Allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare (ai sensi della L. 9 gennaio 2004, n°6 e successive modifiche ed integrazioni).

PARTE B – INFORMATIVA

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

Viene utilizzata per valutare le condizioni delle tube e della cavità uterina ed è di frequente utilizzo nell'iter diagnostico della infertilità femminile.

ATTO SANITARIO: ISTEROSALPINGOGRAFIA

L'isterosalpingografia (ISG) è una indagine radiologica dell'apparato genitale femminile che viene utilizzata per valutare la pervietà delle tube e la morfologia della cavità uterina.

Viene effettuata iniettando nell'utero, per via cervicale, un mezzo di contrasto a base di iodio, e studiandone il successivo transito, attraverso la cavità uterina, le tube e l'addome.

Durante l'esame la paziente è posizionata supina in posizione ginecologica sul tavolo radiologico. Successivamente viene posizionato uno speculum in vagina (come per una normale visita ginecologica) che consente e la visualizzazione del collo uterino e l'introduzione di mezzo di contrasto a base di iodio, attraverso un sottilissimo catetere. Il liquido dapprima riempie la cavità uterina, poi le tube e, se queste ultime sono aperte, termina il suo percorso nella cavità addominale del peritoneo, durante queste fasi vengono eseguiti diversi radiogrammi che documentano il transito del mezzo di contrasto, la pervietà e la morfologia sia delle tube che della cavità uterina. Nel corso dell'esame la paziente deve mantenere l'immobilità.

L'esame viene eseguito in regime ambulatoriale e non è necessario ricorrere all'anestesia, viene generalmente somministrato un farmaco antispastico prima dell'inizio dell'esame (per evitare il fastidio da spasmo tubarico).

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Diagnosi di anomalie della morfologia dell'utero e delle tube e possibile trattamento dell'impervietà tubarica.

EVENTUALE ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

Lo specialista radiologo, sotto la propria piena responsabilità e solo dopo essersi consultato con il suo medico curante, orienterà la Sua scelta nei confronti di un eventuale esame alternativo. Su tale esame Le saranno adeguatamente illustrati rischi e benefici.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

La procedura è estremamente sicura ed è stata effettuata su milioni di pazienti, ma occasionalmente possono verificarsi dei problemi. Le complicanze possono essere legate sia al cateterismo che all'utilizzo del mezzo di contrasto per eccezionale stravasamento del MDC nello spessore della parete uterina. Le reazioni allergiche al mezzo di contrasto rarissime.

La maggioranza delle donne non avverte dolore, generalmente vengono segnalate sensazioni crampiformi simili a quelle mestruali. Diverso è il caso di soggetti con tube ostruite; in quest'ultimo caso infatti l'esame può risultare più doloroso e di maggior durata, specie se viene tentata contestualmente la disostruzione tubarica (intervento eseguito mediante l'introduzione per la stessa via di un catetere con palloncino dilatatore allo scopo di ristabilire una pervietà nel caso di tube ristrette o ostruite).

E' un esame generalmente ben tollerato, ma non è totalmente scevro da complicanze sia immediate che tardive; tra le prime ricordiamo il dolore pelvico, piccole perdite ematiche; tra le complicanze tardive sono segnalate perdite ematiche protratte, febbre, diarrea.

L'equipe è in grado di fornirle la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

ESITI DEL NON TRATTAMENTO

Diagnosi assente o incompleta; mancato trattamento.

ALTRI PROBLEMI / NOTE

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica; inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

Il presente consenso è conforme alla normativa nazionale vigente in materia di radioprotezione delle persone contro i pericoli delle radiazioni nelle esposizioni mediche (D.Lgs.101/2020).

In tutti i casi di indagine radiologica è importante che il medico prescrivente e lo specialista radiologo giustificino l'esame prescritto valutando il rapporto rischio/beneficio derivante dall'esame stesso, che deve tendere a favore del massimo beneficio (art.157 e 159), tenendo in debita considerazione condizioni cliniche specifiche, compreso lo stato di gravidanza (art. 166).

Il Personale è inoltre a Sua disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

PARTE C1- ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALLA PROCEDURA

DICHIARO/DICHIARIAMO

in pieno possesso delle mie/nostre facoltà mentali

- di aver ricevuto dal Medico che mi ha esposto i contenuti di questo consenso, esaurienti e chiare informazioni sugli scopi dell'atto sanitario proposto e sulle modalità con cui esso verrà eseguito;
- di aver compreso quali potrebbero essere i potenziali rischi/inconvenienti dell'indagine;
- di essere a conoscenza del fatto che il risultato sperato possa non essere raggiunto, anche in assenza di errori da parte dell'équipe sanitaria e di aver compreso che sono possibili eventuali modifiche in caso di necessità clinica, in presenza di riscontri clinici non prima valutabili;
- di ritenere appropriato il tempo concesso per valutare le informazioni fornite, per porre eventuali domande e prendere serenamente delle decisioni;
- di aver informato dettagliatamente i Medici riguardo eventuali precedenti interventi chirurgici subiti, patologie e terapie medica e non mediche in corso;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze.

Pertanto, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza:

ACCONSENSO/ACCONSENTIAMO

NON ACCONSENTO/NON ACCONSENTIAMO

all'atto sanitario oggetto del presente consenso.

<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>
<i>Data</i>	<i>Il Medico che ha effettuato il colloquio (timbro e firma leggibile)</i>	<i>Il Mediatore culturale (firma leggibile)</i>



PER LA DONNA IN ETÀ FERTILE

La procedura descritta nel presente modulo comporta l'emissione di Raggi X, la cui somministrazione alle donne in stato di gravidanza è sconsigliata, salvo precisa e giustificata indicazione medica e previa valutazione preliminare della dose di esposizione a cui sarebbe sottoposto l'embrione o il feto. Questo comporta che, con la firma del presente modulo Lei dichiara di non essere in gravidanza

DICHIARO

in pieno possesso delle mie facoltà mentali

di essere in stato di gravidanza

di NON essere con certezza in stato di gravidanza.

Data L'assistita

PARTE C2 – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO A FORNIRE INFORMAZIONI SANITARIE A PARENTI/CONOSCENTI

RICHIEDO/RICHIEDIAMO che le mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e gli esiti dell'indagine siano trasmessi alle seguenti persone:

Cognome, Nome e data di nascita

Rapporto con l'assistito/a:

Cognome, Nome e data di nascita

Rapporto con l'assistito/a:

RICHIEDO/RICHIEDIAMO che delle mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e degli esiti dell'indagine NON sia informato nessuno.

Data L'assistito/a o il rappresentante legale Il rappresentante legale
(primo genitore/tutore) (secondo genitore)

PARTE D – DIRITTO ALLA REVOCA

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

all'atto sanitario proposto alla fornitura di informazioni a parenti/conoscenti

altro (specificare)

Data L'assistito/a o il rappresentante legale Il rappresentante legale
(primo genitore/tutore) (secondo genitore)