

Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 348.8400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia.
Responsabile dell'Unità di Ginecologia del Policlinico San Marco di Zingonia (BG)

CONSENSO INFORMATO PER ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA - OPERATIVA:

Dichiaro che essere consapevole che:

I rischi associati all'intervento isteroscopico dipendono da vari fattori:

- a) Tipo di patologia (Polipo, Mioma, Sinechie, Stenosi, Ematometra, Iperetrofie, Iperplasie, Neoplasie, "Lost DIU", metrorragie endometriopatiche, etc.)
- b) Liquido di distensione: soluzione fisiologica o manitolo / sorbitolo. (non usiamo glicina)
- c) Strumentale e tecnica: elettrodo mono / bipolare, anse non elettrificate, etc.
- d) Trattamenti precedenti e trattamenti farmacologici pregressi.
- e) Tecnica e tempo dell'intervento (rischio d'intravasazione)
- f) Condizioni cliniche di base della paziente (già controllate nel pre-operatorio).
- g) Complicanze dipendenti dal tipo di anestesia e farmaci, allergie ed intolleranze.
- h) Imprevisti, imponderabili, successione di eventi sfavorevoli.

La dimissione immediata post-operatoria sarà consentita solo dopo un periodo adeguato di controllo e monitoraggio in relazione al tipo d'isteroscopia ed eventuali insorgenza di complicanze.

In alcuni casi l'intervento dovrà essere completato in un II tempo o seduta.

La firma a questo consenso informato attesta che:

- ho avuto un colloquio preliminare e/o visitato il vostro sito: www.gustavomascotti.com;
- ho letto attentamente e/o mi è stato letto e spiegato esaurientemente gli opuscoli informativi;
- mi è stata spiegata la tecnica, ho compreso i rischi, eventuali complicanze, alternative e limiti all'intervento previsto, ho capito ed accettato i rischi e sono d'accordo con quanto mi è stato proposto, tanto dal punto di vista chirurgico come dei controlli che dovrò effettuare in futuro;
- autorizzo ad estendere l'intervento e/o convertirlo in via laparoscopica - laparotomica qualora insorgessero complicanze e/o nuove patologie precedentemente non note;
- ho avuto il tempo e tutte le informazioni che desideravo, così come ampia opportunità di fare tutte le domande che ho ritenuto indispensabili per prendere una decisione consapevole;
- ho preso la decisione di sottopormi all'intervento propositomi senza pressioni esterne né vincoli;
- ho avuto l'opportunità di effettuare eventuali consulti con altri professionisti di mia fiducia, prima di autorizzare ad eseguire l'intervento proposto.

Attesto di aver letto e/o mi sia stato letto, ed ho capito il presente Consenso Informato.

[SI] **ACONSENTO.**

[NEGO] **NON ACONSENTO**

Firma della paziente:

Firma del genitore, tutore o eventuale testimone:

Firma del medico che ha raccolto il consenso informato:

Data: