

HYSTEROSCOPYPOINT

Centro Avanzato di Isteroscopia Diagnostica & Chirurgia Isteroscopica

CONSENSO INFORMATO ALL'ABLAZIONE ENDOMETRIALE RESETTOSCOPICA

La sottoscritta..... di anni....., cartella clinica n.°...../.....
dichiara di essere informata dei seguenti punti:

1. La tecnica di ablazione endometriale e/o di riduzione endometriale - la prima con asportazione totale dell'endometrio, la seconda con conservazione di un piccolo tratto di esso - viene eseguita per via vaginale con tecnica isteroscopica e si pone come obiettivo *la riduzione della quantità del flusso mestruale*.
2. Attualmente le possibilità di successo di tale metodica sono dell'ordine *del 90% circa* e ciò significa che vi è una probabilità del 10% che la patologia metrorragica possa persistere o ripresentarsi come tale anche dopo pochi mesi dall'intervento.
3. L'intervento di ablazione o di riduzione non genera sterilità e pertanto la paziente non potrà nè dovrà considerarsi sterile. Peraltro eventuali gravianze conseguenti all'ablazione sono gravate da notevole rischio; pertanto alla paziente che si sottopone al trattamento dovrà essere fortemente sconsigliata una gravidanza.
4. È possibile che la risposta all'intervento non sia quella prevista e che i flussi possano essere *assenti o di scarsa quantità*. Questa evenienza è nella nostra casistica pari al 25% dei casi.
5. Infine si ricorda che la paziente sottoposta ad ablazione o riduzione endometriale conserva il proprio utero ed è dunque suscettibile di altre patologie a carico di questo organo (infezioni, disturbi funzionali emorragici da disfunzione ovarica, sviluppo di neoplasie); si rendono quindi opportune visite periodiche annuali, l'esecuzione di paptest, ecografia e quant'altro potrà essere disposto dal proprio Ginecologo.

firma della Paziente

firma del Medico

.....

.....

NAPOLI