



## HYSTEROSCOPYPOINT

ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA & CHIRURGIA ISTEROSCOPICA

CONSENSO INFORMATO COLLEGATO ALLA CARTELLA CLINICA N.°...../.....

Io sottoscritta..... nata a.....  
il..... e residente a ..... in via.....  
documento di riconoscimento n.°.....

dichiaro

di essere stata informata in modo chiaro e comprensibile della mia condizione clinica, della patologia in atto, delle prestazioni sanitarie che si prospettano utili nel mio caso specifico e che per la patologia riscontratami si richiede l'esecuzione di..... Inoltre dichiaro di essere stata informata che per alcune procedure isteroscopiche è necessaria una preparazione preoperatoria con farmaci cosiddetti analoghi del GnRH che determinano uno stato simil-menopausale solitamente reversibile. Sono altresì informata che potrà rendersi necessario a giudizio del Medico, un secondo tempo isteroscopico mentre molto rara ma possibile in qualche caso la terapia trasfusionale.

Di quanto sopra prospettato mi sono stati spiegati con parole semplici e chiare gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e prevedibili condizioni menomanti.

Sono dunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile e/o di un danno grave alla mia persona, verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

Firma del dichiarante

Napoli .....

.....