

# HYSTEROSCOPYPOINT

Centro Avanzato di Isteroscopia Diagnostica & Chirurgia Isteroscopica

Io sottoscritta....., nata il ...../...../..... in....., residente in.....via..... recatami presso l'Ambulatorio di Isteroscopia e dallo stesso dr. Gennaro Raimondo informata sui diritti e sui limiti previsti dall' **art. 13 della Legge 196 del 30 Giugno 2003**, concernente il "**diritto all'informativa da parte degli interessati**", esprimo il consenso preventivo e, pertanto

## autorizzo

**il Responsabile**, ovvero l'**Incaricato del Trattamento dei dati** che raccoglie lo stesso, al trattamento dei dati personali ed, in particolare, al trattamento dei dati sensibili con specifico riferimento alla possibile visione e/o registrazione dell'esame diagnostico e/o chirurgico oppure di dati ed immagini da pubblicare su riviste e/o libri medici anche per via telematica, dei referti riferentesi alla mia persona esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e ricerca ed a condizione che in ogni caso siano resi assolutamente anonimi e non riferibili alla mia persona. In qualunque momento potrò a mezzo raccomandata o di persona revocare il consenso dato, consenso che altrimenti varrà anche per i prossimi anni.

## INFORMAZIONI SULL'ESAME

L'isteroscopia diagnostica è una tecnica ambulatoriale generalmente ben tollerata. Si esegue impiegando uno strumento del calibro di 5 mm. circa ed un mezzo di distensione della cavità uterina che può essere, gassoso - anidride carbonica - o liquido. Tuttavia, sebbene trattasi di tecnica minimamente invasiva, dal suo impiego possono scaturire delle complicanze. Esse sono:

✚ perforazione uterina; reazioni vagali; infezioni uterine; emorragie.

La loro incidenza comunque è estremamente bassa.

Alcune di esse - come le infezioni uterine - non sembrano migliorare se si impiegano antibiotici prima o dopo l'esame: va comunque precisato che lo strumentario utilizzato viene di volta in volta sottoposto a trattamento con sterilizzanti nei modi e nei tempi già ampiamente codificati dalla Letteratura in materia. L'esame può essere **non eseguibile** nel 3% dei casi (problemi anatomici o particolari stati d'ansia della Paziente).

---

**consenso informato collegato alla isteroscopia diagnostica n. ^...../...../.....**

La sottoscritta Sig.ra..... resa edotta in modo chiaro ed esaustivo

## acconsente

in modo cosciente al trattamento dei dati personali ed a praticare tale indagine endoscopica nei modi sopra descritti.

Data .....

Firma .....