



## CONSENSO INFORMATO RESETTOSCOPIA

### (Trattamento iperplasia endometriale, polipectomia, asportazione di setti e subsetti uterini, alte non specificate patologie uterine endocavitarie)

La Sig.ra.....nata il ..... /...../.....

Dichiara di:

- Essere stata informata in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_

In particolare è stata fornita un'informazione dettagliata riguardo alla patologia da cui sono affetta e di aver ricevuto tutte le spiegazioni necessarie all'iter diagnostico/terapeutico;

- Che il trattamento standard di tale patologia è rappresentato dall'intervento di resettoscopia (asportazione di setti e subsetti uterini, polipectomia e iperplasia dell'endometrio);
- Di aver esaminato insieme al medico la possibile alternativa terapeutica mediche per questa condizione patologica.
- Di essere stata messa al corrente dei rischi e delle possibili sequele correlate con l'intervento:

#### *durante l'intervento:*

- emorragie per le quali possono rendersi necessarie trasfusioni di sangue o altri emoderivati e che, in casi estremi, in genere a causa dell'atonia dell'utero, possono comportare l'asportazione dell'utero stesso
- lesioni agli organi vicini (per es. vescica, ureteri, intestino) che possono portare a problemi nello svuotamento intestinale e vescicale e la cui riparazione in certi casi può richiedere un intervento successivo. Il rischio è più elevato in presenza di rapporti anatomici alterati (per es. da infezioni, aderenze, endometriosi, tumori)
- lesioni di nervi da compressione o posizione durante l'intervento, che regrediscono solitamente dopo alcune settimane
- lesioni della pelle da contatto con sostanze allergiche o correnti elettriche
- ematomi che possono richiedere un nuovo intervento per procedere allo svuotamento

#### *dopo l'intervento:*

- alterazione transitoria della funzione vescicale
- emorragie tardive che possono comparire anche parecchi giorni dopo l'intervento e necessitare di un altro intervento o cure particolari
- reazioni allergiche a farmaci che per lo più hanno effetti limitati e transitori, ma che in casi rari possono avere una evoluzione grave
- infezioni addominali, vescicali o vaginali che si risolvono per lo più con terapia antibiotica e/o medicazioni locali
- formazione di trombi con conseguenti trombosi di organi che possono essere anche mortali
- occlusione intestinale dovuta per lo più ad aderenze (cicatrici interne) che può essere trattata con terapia medica o necessitare di un nuovo intervento.

Ho ricevuto spiegazioni sulle modalità ed effetti collaterali della eventuale terapia medica e sugli eventuali successivi specifici controlli clinico-strumentali.

Sono inoltre stata informata che tessuti, organi e liquidi biologici eventualmente asportati durante l'intervento saranno utilizzati per formulare una diagnosi istologica, ma che possono anche essere conservati ed utilizzati per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico, per la ricerca e sperimentazione in ottemperanza con la pratica comune e le norme vigenti.

Ciò premesso dichiara di accettare pertanto di essere sottoposta all'intervento proposto.

Firma della paziente.....

Firma del medico.....

Data ...../...../.....