



**Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa**

**Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni**

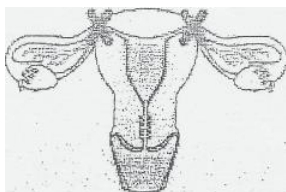
Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

## CONSENSO INFORMATO ALLA STERILIZZAZIONE TUBARICA

La sterilizzazione femminile è riservata a chi non vuole o non può più avere figli e accetta di rinunciare alla propria fertilità.

Consiste nella legatura (chiusura) o nella posa di anelli sulle tube. In questo modo si previene l'incontro dell'ovulo con gli spermatozoi, e dunque la fecondazione.



Vi sono diverse tecniche d'intervento, a discrezione del medico.

La sottoscritta \_\_\_\_\_ chiede di essere sottoposta ad intervento di **sterilizzazione tubarica**.

Dichiara di essere stata adeguatamente informata dal Dott. \_\_\_\_\_ sulle caratteristiche della procedura ed in particolare che:

- La sterilizzazione femminile è **difficilmente reversibile** e deve essere pensata come **scelta definitiva**
- La percentuale di successo è superiore al 90%. Pertanto non è possibile escludere completamente la possibilità d'insorgenza di una gravidanza. Si consiglia, al fine di valutare la ottenuta sterilizzazione, di effettuare a distanza di 3 - 6 mesi l'effettuazione di una isterosalpingografia.
- Nell'8% dei casi l'intervento non è fattibile per problemi tecnici o anatomici.
- **L'efficacia è immediata.**
- **La vita sessuale** della donna resta la stessa; le secrezioni ormonali e le mestruazioni continueranno come prima, fino alla menopausa.

Compreso tutto quanto spiegato e letto quanto sintetizzato in questo foglio, acconsento alla procedura di sterilizzazione tubarica.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma della Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Coniuge \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_