



# Casa di Cura Figlie di San Camillo

Via Fabio Filzi, 56  
26100 Cremona  
Tel. 0372 421111 – Fax 0372 24533  
e-mail: [info@figliedisancamillo.it](mailto:info@figliedisancamillo.it)

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ECOGRAFIA TRANSVAGINALE

**CHE COS'E':** Ecografia transvaginale o più semplicemente TVS (Trans- Vaginal Sonography) è una tecnica diagnostica per immagini, che indaga morfologia e stato di salute degli organi interni femminili, attraverso l'utilizzo di una sonda cilindrica ricoperta e ben lubrificata posta nella cavità vaginale.

**A COSA SERVE:** L'ecografia è una tra le più comuni e sicure procedure diagnostiche, basata sull'utilizzo degli ultrasuoni. La tecnologia attualmente a disposizione è in grado di fornire dettagli anatomici ad altissima risoluzione e le informazioni che l' ecografia è in grado di fornirci sono molteplici. In particolare grazie a questo esame è possibile studiare utero, ovaie ed annessi, controllare la gravidanza nel primo trimestre.

**COME SI EFFETTUA:** L'esecuzione dell' ecografia transvaginale è assai simile ad una visita ginecologica; la paziente, si trova infatti distesa supina sul lettino in posizione ginecologica. La sonda, opportunamente ricoperta da apposita coprisonda monouso lubrificata, viene quindi inserita con delicatezza nella vagina.

**COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE:** Non va certo trascurato il possibile dis-comfort prodotto dalla sonda e dalle eventuali operazioni manuali del medico, utilizzabili per muovere l' utero e gli altri organi pelvici. A questa premessa, generalmente non vengono riscontrate alcun tipo di complicanze .

**PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI:** Generalmente non è necessaria alcuna preparazione particolare nei giorni che precedono l' indagine ecografica. Al contrario di quanto previsto per eseguire la T.A.S. ( ecografia transaddominale), ecografia per via transvaginale viene effettuata a vescica vuota , risparmiando alla paziente questo fastidio .

## ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI ECOGRAFIA TRANSVAGINALE

Il/la sottoscritto/a..... nato/a..... il.....

residente in..... Via .....

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a: sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente ECOGRAFIA TRANSVAGINALE per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche.

### Reso/a consapevole:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

### Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Firma Medico .....

Data:..... Firma:.....