



SONOISTEROGRAFIA

Cognome e nome _____ Data di nascita _____

U.M. _____ Parità _____

Indicazione: _____

Informazione: *la Persona assistita ha avuto modo di ricevere una adeguata informazione su scopi, modalità di effettuazione e limiti della sonosalpingografia mediante il colloquio con il proprio Ginecologo /Ostetrica / Medico ecografista (al quale ha avuto la possibilità di rivolgere i quesiti ritenuti opportuni) e attraverso la lettura di un foglio informativo allegato al referto. La persona assistita sottoscrive un modulo di consenso informato all'esame che viene archiviato. Su esplicita richiesta del medico la persona assistita riferisce di aver compreso tutte informazioni ricevute.*

Dopo aver evidenziato e disinfettato la portio, si inserisce un apposito catetere nel canale cervicale e tramite esso si instillano alcuni millilitri di soluzione fisiologica.

La cavità endometriale appare: normodistensibile: si – no; ha morfologia regolare: si – no
- è priva di patologie al suo interno: si – no

La mucosa endometriale, studiata su scansioni longitudinali e trasversali, mostra:
spessore: uniforme: si – no; è priva di ispessimenti focali o diffusi endometriali: si – no.

CONCLUSIONI _____

Si discutono esiti e limiti dell'esame effettuato con la Persona Assistita.

Si reinvia la Persona Assistita al Medico Curante.

N° fotogrammi allegati al referto: _____Apparecchiatura impiegata _____

Data: _____

Generalità dell'Operatore e firma