



SONOSALPINGOGRAFIA

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. Su esplicita richiesta del medico la persona assistita riferisce di aver compreso tutte informazioni ricevute e sottoscrive un modulo di consenso informato all'esame che viene archiviato.

Dopo aver evidenziato e previa disinfezione della cervice si introduce attraverso il canale cervicale un catetere sterile monouso.

Si inseriscono 5 ml di aria all'interno della cavità uterina, e se ne visualizza:

il pronto passaggio attraverso entrambe le salpingi: si – no, con chiaro spandimento peri ovarico bilateralmente: si – no.

Al termine vengono introdotti in cavità uterina 5 ml di soluzione fisiologica; la cavità uterina risulta:

normodistensibile: si – no

di morfologia regolare: si – no

priva di sinechie: si – no

La mucosa endometriale, studiata sia su scansioni longitudinali che trasversali, mostra profilo:

uniforme: si – no, regolare: si – no, priva di patologie focali o diffuse rilevabili ecograficamente: si – no.

CONCLUSIONI

Si discutono esiti e limiti dell'esame effettuato con la Persona Assistita e La si reinvia al Medico Curante.

N° fotogrammi allegati al referto : _____ Apparecchiatura impiegata _____

Data : _____

Generalità dell'Operatore e firma _____