



DAI Patologia e Diagnostica UOC Radiologia BR – Ospedale Policlinico	MU05.2 304570
Preparazione e consenso informato alla Isterosalpingografia	Rev 02 del 18/09/2014 Pagina 1 di 1

Alle Pazienti che intendono eseguire l'Isterosalpingografia si raccomanda vivamente:

- di telefonare il **PRIMO GIORNO DEL CICLO** al numero **045 8124309** dal lunedì al venerdì dalle ore **8,00** alle ore **15,00** per effettuare la prenotazione
- di evitare rapporti sessuali non protetti dal primo giorno del ciclo
- di presentarsi a digiuno
- di venire accompagnata
- di portare con sé tutti gli eventuali esami precedenti
- di seguire scrupolosamente la profilassi antibiotica e la preparazione di seguito descritta
- di sottoscrivere le dichiarazioni riportate in calce.

Profilassi antibiotica - FLAGYL compresse 250mg

Assumere n.2 compresse per 2 volte al giorno e per 3 giorni:

- il giorno precedente l'esame
- il giorno dell'esame
- il giorno successivo all'esame

Preparazione da effettuarsi il giorno della esecuzione dell'esame:

- digiuno dalla mezzanotte
- effettuare un clistere di pulizia con 2 litri di acqua tiepida 2 ore prima dell'esame
- mantenere il digiuno fino all'espletamento dell'esame

Dichiarazione della Paziente:

La sottoscritta _____

dichiara

di essere stata dettagliatamente informata dal medico curante della necessità di sottoporsi, in seguito alle proprie condizioni di salute, alla isterosalpingografia. A tal scopo, la sottoscritta dichiara di essere stata esaurientemente informata sulle finalità, modalità di svolgimento e sui rischi inerenti l'espletamento dell'esame al quale sarà sottoposta.

Data _____

Firma della paziente _____

Ultimo aggiornamento: 18/09/2014	MU 05.2 304570 Preparazione e consenso informato alla Isterosalpingografia
----------------------------------	--