

Hystéroskopie Diagnostique

1. Identification et description de l'intervention.

L'hystéroskopie diagnostique consiste à introduire à travers la vulve et le vagin, dans la voie endocervicale et à l'intérieur de la cavité utérine un système optique permettant la visualisation des structures et dont le trajet est la voie endocervicale et la cavité endométriale.

La cavité utérine est distendue avec un gaz (CO₂) ou un liquide (sérum physiologique) et elle est visualisée en introduisant également un faisceau de lumière. L'exploration est normalement complétée avec les biopsies endométriales réalisées pendant l'exploration après avoir extrait l'hystéroscope.

Il existe la possibilité que l'exploration ne se réalise pas complètement pour des raisons telles que des difficultés pour traverser le trajet cervical ou des réactions ou des complications qui pourraient entraîner le conseil d'arrêter la procédure.

2. Objectif et bénéfices attendus de l'intervention.

Obtenir l'information sur l'aspect de la cavité utérine et de l'endomètre ainsi que sur des possibles lésions qui pourraient être détectées à l'intérieur.

3. Actes médicaux qui pourraient survenir lors de l'intervention.

L'alternative prévue serait le curetage utérin qui requiert une anesthésie.

Cependant, les conclusions de l'hystéroskopie peuvent conduire à une hystéroskopie chirurgicale ou une hystérectomie.

4. Conséquences prévisibles de l'intervention.

La technique est considérée suffisamment sûre pour pouvoir être effectuée en consultation sans anesthésie ou avec une anesthésie locale et les possibles effets indésirables sont des gênes normalement supportables, des douleurs pelviennes ou abdominales.

5. Conséquences prévisibles si l'intervention n'a pas lieu.

Il y a des possibles lésions intra-utérines qui pourraient ne pas être vues à cause de leur situation ou taille, à travers l'utilisation d'autres examens diagnostiques (curetage, échographie).

6. Risques fréquents.

Bien que l'élection et réalisation de la technique soient les adéquates elle peut présenter des effets indésirables :

- Des réactions vagues (malaise, transpiration, gêne), mal aux épaules, douleur précordiales et abdominales à cause du passage du gaz au péritoine.

7. Risques peu fréquents.

Bien qu'ils soient peu fréquents, d'autres effets indésirables plus graves peuvent survenir tels que :

- Des embolies gazeuses, des infections tubaires-péritonéales, une perforation utérine, la formation de fausses voies, certaines d'entre elles peuvent requérir l'hospitalisation

immédiate, des traitements médicaux ou chirurgicaux additionnels ou mettre en danger la vie de la patiente.

8. Risques liés à la situation clinique du patient.

D'autres risques ou complications possibles en fonction de la situation clinique ou des circonstances personnelles du patient sont :

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Madame, Mademoiselle _____

(*NOM et prénom de la patiente*), âgée de _____ ans, Demeurant _____

Carte d'identité N° _____

Monsieur _____

(*NOM et prénom du patient*), âgé de _____ ans, Demeurant _____

En tant que (tuteur légal, membre de la famille ou proche de la patiente) :

Carte d'identité N° _____

Je, soussigné/e, affirme que le docteur _____ m'a expliqué qu'il convient / est nécessaire dans mon cas de réaliser _____ et que j'ai compris de manière adéquate l'information qui m'a été donnée.

Signatures :

Mme, Mlle
.....

titulaire de la carte d'identité N°

Le Médecin
.....

titulaire de la carte d'identité N°

inscrit à l'ordre des médecins espagnols sous le numéro

RÉVOCATION du présent consentement

Je révoque le consentement daté et j'affirme que je ne souhaite plus continuer le traitement que je considère fini à partir de la date actuelle.

À _____ le _____

>Signatures :

Patient..... titulaire de la carte d'identité N°

Le Médecin..... titulaire de la carte d'identité N°:

inscrit à l'ordre des médecins espagnols sous le numéro