

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA <u>BADANIE HSG</u> (Histerosalpingografia)
Imię i nazwisko pacjentki		

PESEL																						Numer Księgi Głównej	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------	--

1. OPIS I PRZEBIEG BADANIA

Badanie HSG to obrazowe badanie ginekologiczne. Oceny narządów dokonuje się na podstawie zdjęć rentgenowskich wykonanych po podaniu do macicy i jajowodów środka kontrastującego. Histerosalpingografia powinna być przeprowadzana tuż po miesiączce i przed owulacją, w celu uniknięcia wykonywania jej we wczesnej ciąży.

Przed badaniem HSG lekarz przeprowadza wywiad z pacjentką. **Co najmniej przez 4 godziny przed podanie środka kontrastującego należy powstrzymać się od przyjmowania pokarmów.** (bez jedzenia; pacjent powinien pić wodę). Około 20 minut przed badaniem HSG pacjentka dostaje czopek ze środkiem rozkurczowym, a czasami według wskazań lek przeciwbólowy – Nelpaine. Podczas badania pacjentka ułożona jest na stole pod aparatem rentgenowskim. Po podaniu środka znieczulającego, ginekolog wykonujący badanie umieszcza wziernik w pochwie i za pomocą specjalnego aparatu wpuszcza do jamy macicy środek kontrastujący. Bezpośrednio po wypełnieniu jamy macicy wykonuje się pierwsze zdjęcie rentgenowskie. Następnie kontrast przechodzi do jajowodów, jajników i przedostaje się do jamy brzucha, wówczas wykonuje się kolejne zdjęcie. Jeśli zachodzi potrzeba uwidocznienia części jamy brzucha np. w przypadku zrostów, wykonuje się dodatkowe zdjęcia. Badanie trwa zwykle od 15 do 30 minut.

Po zakończeniu badania pacjentka może wrócić do domu. Nie zaleca się, aby bezpośrednio po badaniu samodzielnie prowadzić samochód. Ze względu na zastosowanie środka kontrastowego przez 1-2 dni po badaniu należy przyjmować duże ilości płynów (2-3 l dziennie) w celu zabezpieczenia nerek przed jego szkodliwym działaniem.

2. WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA

Głównymi wskazaniami do wykonania badania są:

- diagnostyka niepłodności, dotycząca kontroli drożności jajowodów i wykluczenia zmian patologicznych w obrębie jamy macicy
- diagnostyka nawykowych poronień
- diagnostyka wad wrodzonych macicy
- ocena skuteczności leczenia niedrożności jajowodów
- ocena pooperacyjna jamy macicy.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

Wykorzystanie tej metody pozwala ocenić kształt jamy macicy (uwidocznienia zmiany rozwojowe, przegrody, zmiany guzowate), umożliwia wykrycie patologii błony śluzowej jamy macicy (polipy, przerost, zrosty śródmaciczne), a także ocenę morfologii jajowodów (przebieg, kształt oraz drożność).

b) PRZECIWSKAZANIA

Zawsze należy poinformować personel medyczny wykonujący badanie o wszystkich swoich chorobach, alergiach, przyjmowanych lekach oraz o ciąży (lub jej podejrzeniu)!

- Bezwzględny przeciwwskazaniem do przeprowadzenia badania HSG jest ciąża (oraz druga połowa cyklu ze względu na możliwość wczesnej ciąży).
- Uczulenie na środek kontrastujący
- Badania nie przeprowadza się również u kobiet w trakcie miesiączki lub jakichkolwiek infekcji narządów rozrodczych.

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA <u>BADANIE HSG</u> (Histerosalpingografia)
Imię i nazwisko pacjentki		

- W badaniu wykorzystywany jest jodowy środek kontrastowy, dlatego w przypadku pacjentek z nadczynnością tarczycy oraz chorobami nerek należy rozważyć inne metody. Jeżeli lekarz nie widzi przeciwwskazań, konieczne jest zwykle wykonanie dodatkowych badań laboratoryjnych: TSH i kreatyniny.

c) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ(RYZYKO):

Zależą od stanu zdrowia Pacjentki i jej zakresu. Można natomiast wyróżnić podstawowe ryzyka:

- narażenie na promieniowanie jonizujące, które w nadmiarze może być szkodliwe**

Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny - skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć odległe działanie szkodliwe –jeżeli były wcześniej wykonywane badania z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź Pacjentka była leczona napromieniowaniem –należy ten fakt zgłosić personelowi medycznemu.

- powikłania związane z podaniem jodowego środka kontrastowego-** Zazwyczaj są one łagodne i przemijające, jednak możliwe są także cięższe powikłania. Większość reakcji ubocznych występuje w ciągu pierwszej godziny od podania, jednak niekiedy dochodzi do reakcji opóźnionych (po kilku godzinach lub kilku dniach od podania).
 - miejscowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy (np. odczyny skórne, ból, pieczenie, swędzenie, wysypka, pęcherze, zaczerwienienie, obrzęk, sinica, stan zapalny)
 - ogólnoustrojowe reakcje uczuleniowe na jodowy środek kontrastowy np.: ogólne (np. złe samopoczucie, uderzenia gorąca, zwiększona potliwość, bóle i zawroty głowy, łzawienie oczu, nudności, wymioty, bóle brzucha)
 - zaburzenia kardiologiczne - arytmie, zaburzenia częstości tętna, ciśnienia krwi;
 - zaburzenia oddechowe - duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli; obrzęk języka
 - zaburzenia neurologiczne - zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności;
 - mieszane - zatrzymanie krążenia i oddychania
- powikłania związane z zaburzeniami funkcji nerek** (np. ostra niewydolność nerek lub tzw. Nefropatia kontrastowa)- szczególnie u osób z chorobami nerek lub cukrzycą). W celu minimalizacji ryzyka powikłań nerkowych, przed podjęciem decyzji o podaniu i dawce środka kontrastującego, konieczna jest ocena czynności nerek (poziom kreatyniny w surowicy krwi i/lub eGFR).
- Plamienia z narządów rodnych**
- Ból i skurcze macicy:** Są to najczęstsze objawy, które zwykle ustępują samoistnie.
- infekcja narządów miednicy mniejszej.**

Gdy pacjentka zaobserwuje u siebie jakieś nieprawidłowości lub coś ją zaniepokoi, powinna skonsultować się w tej sprawie ze swoim lekarzem.

4. ANKIETA PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO (wypełnia pacjentka)

Masa ciała/wzrost	kg	cm
Proszę o wypełnienie ankiety przez zaznaczenie właściwych odpowiedzi		TAK NIE
1. Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży ?		
2. Czy miał/a Pan/i badanie z podaniem środków kontrastowych? (np. urografia, tomografia komputerowa)		
3. Czy po podaniu środków kontrastowych towarzyszyły jakiegolwiek powikłania, reakcje alergiczne ? Jeśli TAK, proszę podać jakie ?		
4. Czy jest Pan/i uczulony/a na leki, pokarmy, substancje chemiczne, jod? Jeśli tak, to jakie?		
5. Czy choruje Pan/i na astmę oskrzelową? Jeśli tak to jakim lekiem jest Pan/i leczony/a?		

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA <u>BADANIE HSG</u> (Histerosalpingografia)
Imię i nazwisko pacjentki		

6. Czy rozpoznano u Pan/i niewydolność nerek lub/i białkomoczu?		
7. Czy choruje Pan/i na inną chorobę nerek? Jeśli tak, to jaką?		
8. Czy ma Pan/i nadczynność/niedoczynność tarczycy? Jeśli tak, to proszę napisać czy jest Pan/i leczony/a i jakim lekiem?		
9. Czy choruje Pan/i na cukrzycę? Jeżeli tak, to jakim lekiem jest Pan/i leczona/y? (Pacjenci leczeni doustnym lekiem przeciwcukrzycowym (metforminą) powinni wstrzymać się od przyjmowania tego leku na 48 godzin przed badaniem i 24 godziny po badaniu TK z użyciem donaczyniowym jodowych środków cieniujących)		
10. Czy choruje Pan/i na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)		
11. Czy choruje Pan/i na serce? (nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca)		
12. Czy choruje Pan(i) na dnę moczanową?		
13. Czy choruje Pan/i na szpiczaka mnogiego?		
14. Czy choruje Pan/i na inne niewymienione choroby?		
15. Czy przyjmuje Pan/i inne niewymienione leki? Jeśli tak, proszę podać jakie?		

.....
(Podpis pacjenta)

5. RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

[] małe [] średnie [] duże

6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA:

Badanie HSG jest metodą diagnostyczną wiążącą się z pewnym obciążeniem organizmu (kontrast, promieniowanie rentgenowskie). Dlatego pacjentki mogą również rozważyć mniej inwazyjne, nowoczesne badanie o podobnej (choć nieco niższej) wartości diagnostycznej — sono HSG. W badaniu sono HSG zamiast kontrastu stosuje się specjalną piankę wypełniającą narządy rozrodcze, którym następnie można się przyjrzeć przy użyciu aparatu USG. Możliwość przeprowadzenia sono HSG może mieć szczególne znaczenie w przypadku przeciwwskazań do tradycyjnego badania HSG, takich jak uczulenie na kontrast, niewyrównana nadczynność tarczycy, choroby nerek.

7. KONSEKWENCJE ODMOWY :

Odmowa wykonania badania drożności jajowodów (HSG) może skutkować brakiem możliwości zdiagnozowania przyczyn niepłodności lub problemów z zajściem w ciążę lub innych dolegliwości będących wskazaniem do wykonania badania.

8. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w naszym Oddziale.

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA <u>BADANIE HSG</u> (Histerosalpingografia)
Imię i nazwisko pacjentki		

9. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

- W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią dr spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat mojego stanu zdrowia i rozpoznanym schorzeniu, zasadności i przebiegu leczenia oraz możliwych powikłań i następstw związanych z zastosowaniem procedury, jak również konsekwencji związanych z prognozowanymi następstwami zaniechania jej zastosowania.
- Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na proponowane badanie.
- Oświadczam, że nie zataiłam żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach i że wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi oraz oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.
- **Oświadczam, że przez ostatnie 4 godzin nie przyjmowałam pokarmów.**

Bez zastrzeżeń ZGADZAM SIĘ na przeprowadzenie u mnie badania HSG, w tym podania środka kontrastującego.

Data, podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	

NIE ZGADZAM SIĘ na przeprowadzenie u mnie badania HSG, w tym podania środka kontrastującego. Zostałam poinformowana o możliwych konsekwencjach takiej decyzji.

Data, godzina oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego	
Data, godzina, podpis oraz pieczęć Lekarza	

Podpisanie formularza przez pacjentkę lub jej przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:

Data, godzina, podpis oraz pieczęć lekarza	
---	--