



**Ε Μ Γ Ε**

Ελληνική Μαιευτική και  
Γυναικολογική Εταιρεία

## **Διαγνωστική απόξεση / Υστεροσκόπηση**

### **ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Οι ακόλουθες επεξηγήσεις-αναφορές έχουν σαν στόχο να σας ενημερώσουν και όχι να σας ανησυχίσουν. Επίσης η περίπτωση σας μπορεί να αποτελεί μόνο ένα μέρος των όσων περιγράφονται. Προσωπικά παρακαλούμε να ρωτήσετε οτιδήποτε σας φαίνεται ασαφές ή σημαντικό. Μπορείτε επίσης να μας ενημερώσετε εάν δε θέλετε να έχετε περαιτέρω πληροφορίες για την επερχόμενη επέμβαση.

#### *Αίτια για την επέμβαση*

Αιτία για την επέμβαση αποτελούν οι παθολογικές αλλοιώσεις στην ενδομήτρια κοιλότητα ή / και η ανώμαλη αιμορραγία από τη μήτρα.

#### *Χειρουργική επέμβαση*

Διαγνωστική απόξεση. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται μόνο η απόξεση της μήτρας, χωρίς να απαιτείται επιπλέον υστεροσκόπηση. Αυτό θα το συζητήσετε με τον θεράποντα ιατρό σας.

Διαγνωστική απόξεση / Υστεροσκόπηση. Όταν κρίνεται απαραίτητο από τον θεράποντα ιατρό η διαγνωστική απόξεση συνδυάζεται και με υστεροσκόπηση της κοιλότητας της μήτρας.

Θεραπευτική Υστεροσκόπηση. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αναγκαία η αντιμετώπιση παθολογικών αλλοιώσεων του ενδομητρίου με θεραπευτική υστεροσκόπηση, με τη χρήση δηλαδή εργαλείων διαμέσου του υστεροσκοπίου.

Πριν την είσοδο του εργαλείου για τη διαγνωστική απόξεση ή / και την υστεροσκόπηση είναι απαραίτητο να γίνει διαστολή του τραχήλου της μήτρας, με ειδικά εργαλεία.

Επίσης για την υστεροσκόπηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον χειρουργό είτε αέριο είτε υγρό διατατικό μέσο, για να γίνουν ορατές οι πιθανές αλλοιώσεις στην ενδομητρική κοιλότητα.

*Αναισθησία:* Η επέμβαση πραγματοποιείται υπό περιοχική ή γενική αναισθησία, σχετικά με την οποία θα έχω ξεχωριστή ενημέρωση από τον αρμόδιο αναισθησιολόγο και θα υπογράψω ειδική συναίνεση.

#### *Κίνδυνοι και επιπλοκές*

Ακόμα και με την άριστη πραγματοποίηση της επέμβασης είναι δυνατόν να υπάρξουν αρκετές επιπλοκές. Μπορεί στη διάρκεια είτε της διαγνωστικής απόξεσης είτε της υστεροσκόπησης να υπάρξουν σπάνια τραυματισμοί του τοιχώματος της μήτρας, μέχρι και διάτρηση της μήτρας. Σαν αποτέλεσμα αυτού μπορεί να επέλθει αιμορραγία στην κοιλιακή κοιλότητα ή / και τραυματισμός κάποιου οργάνου της κοιλιάς. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να χρειαστεί να πραγματοποιηθεί μια διαγνωστική λαπαροσκόπηση ή ακόμη και λαπαροτομία (ανοικτό χειρουργείο) για την εκτίμηση και αντιμετώπιση της βλάβης. Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να χρειασθεί ακόμη κι η αφαίρεση της μήτρας.

Σε περίπτωση που η υστεροσκόπηση διαρκέσει για αρκετή ώρα μπορεί να υπάρξει απορρόφηση του υγρού που χρησιμοποιείται ως διατατικό μέσο στον οργανισμό, με αποτέλεσμα τη δημιουργία οιδήματος στον πνεύμονα, το οποίο αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή, ενώ υπάρχει απομακρυσμένος κίνδυνος θανάτου.

Όπως σε όλες τις χειρουργικές πράξεις έτσι και στην περίπτωση αυτή υπάρχει απομακρυσμένη πιθανότητα βαριάς βλάβης ή θανάτου, με πιο κοινή αιτία ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αναπνευστική ανεπάρκεια.

*Μετά την επέμβαση* μπορεί να υπάρχει μια ελαφρά αιμορραγία από την μήτρα, καθώς και ήπια ενοχλήματα στο κάτω μέρος της κοιλιάς.

*Νοσηλεία:* Κατά την κανονική πορεία των πραγμάτων και εφόσον δεν υπάρξουν ειδικές συνθήκες ή επιπλοκές, η επέμβαση πραγματοποιείται αυθημερόν, χωρίς να απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο.

#### Ερωτήσεις:

#### Σκίτσο επέμβασης (προαιρετικό):

## Συναίνεση ασθενούς

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και:

Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση (σημειώνεται η επιλογή και μονογράφεται από την ασθενή)

α) Διαγνωστικής απόξεσης χωρίς Υστεροσκόπηση, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω.....

β) Διαγνωστικής απόξεσης με Υστεροσκόπηση, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω.....

γ) Θεραπευτικής Υστεροσκόπησης, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω.....

και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

- Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.
- Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο, οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συαινώ στην υποβολή μου στην ως άνω εξέταση από τον ..... και την ομάδα του. Συαινώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συαινώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης, καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα .....