

Consenso informato all'esecuzione di INFILTRAZIONI, MESOTERAPIA e AGOPUNTURA

Cognome _____ Nome _____

INFORMAZIONI PER IL/LA PAZIENTE:

in vista dell'atto medico-terapeutico sopra indicato conferma di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura e sugli effetti conosciuti dell'intervento medico richiesto e di seguito descritto. Il consenso è personale e non delegabile ai familiari (se non per minori o soggetti a tutela).

L'infiltrazione endoarticolare consiste nell'inserimento nella cavità articolare di sostanze terapeutiche tramite un'iniezione endoarticolare. I farmaci somministrati nel corso dell'infiltrazione saranno:

☐ corticosteroidi ☐ corticosteroidi con anestetico locale ☐ acido ialuronico

Quando si esegue direttamente l'infiltrazione articolare, non preceduta da artrocentesi evacuativa, è importante aspirare prima di iniettare il farmaco per evitare il rischio di iniettarlo in vena. Misurando la resistenza dei tessuti all'atto di infiltrarli, va posta attenzione al rischio remoto di infiltrare i tendini col pericolo di lacerarli ed i nervi col pericolo di causare loro un danno funzionale permanente. In caso di infiltrazione intrarticolare non preceduta da artrocentesi, la correttezza del posizionamento dell'ago nella tasca sotto-patellare viene dimostrata dall'immediata regressione della sintomatologia dolorosa dopo infiltrazione di cortisonici e lidocaina. A volte però il dolore si riacutizza 30-60 minuti dopo l'infiltrazione per poi regredire dopo 24-48 ore assicurando quindi circa due settimane di remissione. Perciò può essere utile il riposo e l'applicazione di un bendaggio dopo l'infiltrazione articolare. La principale controindicazione all'infiltrazione articolare è il sospetto di un'artrite infettiva che può rappresentare anche una complicanza di queste pratiche, rara se si opera in condizioni di sterilità. Altre controindicazioni principali sono ulcerazioni e atrofie cutanee periarticolari, protesi articolari, allergie note al farmaco da infiltrare, terapia anticoagulante in corso o alterazioni della coagulazione non controllate come l'emofilia o la grave piastrinopenia.

Controindicazioni specifiche all'utilizzo di corticosteroidi	Controindicazioni specifiche all'utilizzo di acido ialuronico
1 infezioni micotiche o virali sistemiche 2 gravidanza e allattamento 3 diabete mellito 4 ulcera gastroduodenale o coliti ulcerose 5 ascessi 6 insufficienza renale 7 ipertensione 8 osteoporosi 9 miastenia grave 10 età infantile	1 Allergia alle proteine del pollo 2 Gravidanza e allattamento 3 Età infantile

COMPLICANZE

Eccezionalmente queste procedure possono provocare complicanze, quali un'inflammazione, un'infezione o una lieve atrofia dei tessuti e, in rarissimi casi, reazioni di intolleranza o allergie ai farmaci utilizzati. Nella struttura è comunque presente un carrello con tutti i farmaci e presidi per la gestione delle emergenze.

Mi è stato spiegato che tale terapia è sicura. Tuttavia, come per ogni intervento medico, non può essere considerata esente da complicanze che, talora, possono verificarsi anche se la procedura è attuata con perizia, diligenza e prudenza (uso di materiale monouso e di farmaci ad uso endovenoso e/o intramuscolare acquistabili in ogni farmacia).

Tra questi eventuali effetti collaterali, la reazione allergica, come per ogni terapia farmacologica, è quella più temibile in quanto (anche se molto raramente) può essere di grave entità. Per ridurre al minimo tale rischio, mi è stato domandato di riferire il nome di eventuali farmaci a cui so di essere allergico/a. La mia risposta è stata:

Consenso informato all'esecuzione di INFILTRAZIONI, MESOTERAPIA e AGOPUNTURA

Dichiaro, inoltre, di non essere in gravidanza. Ho letto il consenso informato con il medico. Questi mi ha spiegato ogni aspetto della tecnica e dei trattamenti previsti per me. Ha risposto in modo esauriente alle mie domande e ha risolto ogni mio dubbio. Ritengo il colloquio esaustivo e chiaro.

Preso atto della situazione illustrata:

☐

ACCONSENTO

☐

NON ACCONSENTO

di essere sottoposto/a alla prestazione.

Data _____

Firma del paziente _____ Firma del medico _____