



### **CONSENSO INFORMATO PER INFILTRAZIONE SPINALE**

1. **Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone trattamento**

Il dolore spinale è una condizione estremamente comune che può arrivare a colpire oltre il 70% dei soggetti oltre i 60 anni. Il dolore può avere origine dalle articolazioni della colonna vertebrale o da compressioni dei nervi che da essa originano, causata da erniazioni dei dischi o altre condizioni.

2. **Informazioni riguardo al trattamento**

La procedura può essere eseguita utilizzando una guida di immagine fibroscopica, ecografica o TC. In tutti i casi viene inserito un ago nel corpo del paziente all'interno di una o più strutture della colonna vertebrale e lì viene iniettato il farmaco desiderato. In generale i farmaci utilizzati sono anestetici locali e farmaci antinfiammatori a base di cortisone. La procedura viene ripetuta due o più volte a distanza di due o più settimane, a seconda dell'indicazione specifica per il suo caso.

3. **Benefici attesi**

A seconda della gravità della condizione, i benefici possono avere diverse intensità. Ci si attende comunque una riduzione del dolore di grado variabile.

4. **Probabilità di successo e insuccesso riguardo al trattamento**

Il trattamento infiltrativo risolve il problema nel 20% dei casi e lo migliora sensibilmente in un restante 50%. Nel restante 30% dei casi il trattamento non ottiene risultati soddisfacenti. In caso di insuccesso, il presente trattamento non pregiudica eventuali trattamenti successivi.

5. **Rischi connessi con l'intervento e possibili conseguenze**

Le controindicazioni sono le allergie ai farmaci utilizzati (anestetici locali e farmaci a base di cortisone) e il diabete non controllato. Le complicanze possono essere dolore durante l'iniezione che si risolve spontaneamente, lieve senso di intorpidimento o debolezza alle gambe dopo l'iniezione (trattasi di un effetto temporaneo legato all'uso dell'anestetico locale e si risolve nell'arco di poche ore), transitorio aumento del dolore dopo l'iniezione, trattabile con comuni analgesici, cefalea transitoria, trattabile con comuni analgesici, possibile reazione allergica ai farmaci usati che verrà gestita nell'immediato dalla nostra équipe. Possibili complicanze rarissime in questo trattamento sono l'infezione nella sede di introduzione degli aghi, la lesione nervosa, inclusa lesione del midollo spinale con paraplegia e tetraplegia, disfunzione vescicale, ematoma epidurale ed infarto midollare.

6. **Possibili conseguenza e problemi di recupero**

Dopo il trattamento, consigliamo di evitare un carico eccessivo per i primi giorni

7. **Possibili alternative a quanto proposto**

Consistono nella fisioterapia o nell'intervento chirurgico

8. **Possibili conseguenze nel caso non venga eseguito l'intervento**

Se il trattamento non viene eseguito, non sarà possibile trattare il dolore spinale legato alla sua condizione patologica.

9. **Il suo caso specifico presenta le seguenti ulteriori problematiche**

---

---

## DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto Prof. Luca Maria Sconfienza dichiaro di aver informato il paziente sulle sue condizioni cliniche e sui relativi possibili trattamenti, procedure ed accertamenti, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

## FIRMA INFORMATIVA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_

dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche ed il trattamento propostomi, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti. Dichiaro anche di essere stato informato che il trattamento potrebbe essere eseguito da un medico diverso da quello che mi ha visitato, e/o che ha dato indicazione chirurgica; e/o che mi ha fornito lei informazioni. Il trattamento sarà comunque condotto da un medico dell'equipe a cui detto medico appartiene, dotato di adeguata esperienza e professionalità, condividendo l'indicazione del medico che ha effettuato la visita. Pertanto, valutate tali informazioni:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

-----  
*DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente  
minorenne esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_

dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche ed il trattamento propostomi, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti. Dichiaro anche di essere stato informato che il trattamento potrebbe essere eseguito da un medico diverso da quello che mi ha visitato, e/o che ha dato indicazione chirurgica; e/o che mi ha fornito lei informazioni. Il trattamento sarà comunque condotto da un medico dell'equipe a cui detto medico appartiene, dotato di adeguata esperienza e professionalità, condividendo l'indicazione del medico che ha effettuato la visita. Pertanto, valutate tali informazioni:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_