

CONSENSO INFORMATO PER TERAPIA ARTICOLARE E PERIARTICOLARE PRESTAZIONI
ESEGUITE

Dichiaro di essere stato informato/a in modo comprensibile e soddisfacente sulla terapia intrarticolare/periartricolare al :

ginocchio spalla gomito altro

con:

Acido ialuronico (es. Hyalgan, Hyalubrix, Supartz, Synovial), Cortisone (es. Kenacort),

Anestetico locale (es. Lidocaina), Altro (es. Depomedrol)_____

Sono stato informato che queste procedure, seppur di tipo conservativo ed apparentemente sicure, non sono esenti da un certo rischio, pur se effettuate con perizia, prudenza e diligenza.

Ho ben compreso come lo scopo della terapia sia la risoluzione o l'attenuazione della patologia in atto, per la quale si è già proceduto a seguire un percorso di cure alternative che non ha però sortito i benefici attesi.

Il medico curante mi ha esplicitamente spiegato la metodica cui verrò sottoposto, ben chiarito i vantaggi che possono in ipotesi derivare dalla pratica infiltrativa, così come i rischi e le possibili, seppur poco frequenti, complicanze consistenti principalmente in **fenomeni allergici, flogosi locale, infezione, dolore temporaneo e/o persistente con conseguente rigidità articolare, artrosinovite reattiva (flogistica e/o infettiva).**

Il curante mi ha inoltre spiegato che al manifestarsi di una complicanza infettiva, vi potrà essere la necessità di un intervento chirurgico, consistente in una artroscopia diagnostica e/o chirurgica, con lavaggio antibiotico locale. All'intervento sopra citato potrà far seguito la somministrazione di farmacoterapia (antibiotici e antiflogistici) da protrarsi fino alla risoluzione del quadro clinico e alla normalizzazione degli esami ematochimici e di laboratorio (che dovranno essere necessariamente effettuati a più riprese, fino al raggiungimento della loro stabilizzazione). In tale sfortunata evenienza, con ragionevole probabilità, i disturbi lamentati e le cure da perseguirsi potrebbero rendere necessaria la sospensione dell'attività lavorativa fino alla risoluzione del quadro clinico.

Il medico mi ha chiaramente illustrato le conseguenze connesse al rifiuto di tale pratica terapeutica.

Accetto quanto mi è stato proposto e con la firma confermo:

di aver parlato con il Curante del mio caso e di quanto ad esso connesso (possibili complicanze e eventuali alternative) e di aver ricevuto risposte esaurienti

di non essere in stato di gravidanza (per donne in età fertile)

di non soffrire di patologia allergica e/o diabetica

Il paziente dichiara di essere:

diabetico / in terapia con anticoagulanti orali e di accettare comunque i rischi connessi alla pratica infiltrativa.

A tal riguardo, il Medico propone solamente infiltrazione a base di :

Acido ialuronico (es. Hyalgan, Hyalubrix, Synovial, Supartz)

Cortisone (es. Kenacort)

Anestetico locale (es. Lidocaina)

Altro (es. Depomedrol)_____



Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

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 _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____