



CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO PERCUTANEO ECOGUIDATO DELLA TENDINOPATIA CALCIFICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

Informazioni

La tendinopatia calcifica della cuffia dei rotatori consiste nella formazione di calcificazioni nel contesto dei tendini che consentono il movimento dell'articolazione della spalla. E' una condizione molto diffusa, arrivando a colpire il 7,5% dei soggetti privi di sintomi. In presenza del dolore, il trattamento ecoguidato consiste nello scioglimento e aspirazione della calcificazione con rapida riduzione del dolore in oltre il 90% dei casi.

Svolgimento

Ha una durata totale di circa venti minuti e consiste in:

- valutazione ecografica della sede della calcificazione
- disinfezione cutanea e anestesia locale ecoguidata
- introduzione nella calcificazione da trattare di uno o due aghi da siringa sotto guida ecografica
- lavaggi ripetuti della calcificazione con soluzione fisiologica e recupero del materiale calcifico
- estrazione degli aghi ed iniezione intrabursale ecoguidata di 1 ml cortisone

A cosa serve

La procedura rimuove la maggior parte del materiale calcifico presente nel tendine: In questo modo si elimina la causa principale della sintomatologia dolorosa. L'iniezione intrabursale di cortisone contribuisce a ridurre l'infiammazione. Gli effetti del trattamento sulla sintomatologia sono attesi dopo circa tre giorni.

Controindicazioni e possibili complicanze

Le uniche reali controindicazioni sono le allergie ai farmaci utilizzati (Lidocaina Cloridrato e Metilprednisolone acetato) e il diabete non controllato. Possibili complicanze di questo trattamento sono l'infezione in sede di introduzione degli aghi e l'insorgenza di borsite, eventi entrambi trattabili senza conseguenze di rilievo. A circa due mesi dal trattamento è possibile una ripresa del dolore dovuto a borsite, risolvibile con una seconda somministrazione intrabursale di cortisone. Una possibile complicanza ma molto rara è la rottura del tendine trattato.



Alternative

Le alternative consistono nel trattamento con Ionoforesi o onde d'urto o con chirurgia artroscopica.

CONSENSO

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

di aver avuto un colloquio col Dott. _____ al quale mi è stato possibile chiedere precisazioni e chiarimenti esaurienti e di aver avuto in maniera completa, chiara e comprensibile le informazioni necessarie a conoscere:

- le indicazioni, le motivazioni cliniche, le finalità e le modalità di esecuzione della procedura;
- le probabilità di successo, i benefici ragionevolmente attesi e possibili alternative;
- di essere stato informato/a del fatto che, in relazione della procedura, si potranno verificare effetti negativi, rischi ragionevolmente prevedibili e/o complicanze, la cui gravità e probabilità mi sono state spiegate in modo chiaro e comprensibile;
- di conoscere la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento;
- di aver compreso tutte le informazioni che mi sono state fornite.

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 _____

di aver avuto un colloquio col Dott. _____ al quale mi è stato possibile chiedere precisazioni e chiarimenti esaurienti e di aver avuto in maniera completa, chiara e comprensibile le informazioni necessarie a conoscere:

- le indicazioni, le motivazioni cliniche, le finalità e le modalità di esecuzione della procedura;
- le probabilità di successo, i benefici ragionevolmente attesi e possibili alternative;
- di essere stato informato/a del fatto che, in relazione della procedura, si potranno verificare effetti negativi, rischi ragionevolmente prevedibili e/o complicanze, la cui gravità e probabilità mi sono state spiegate in modo chiaro e comprensibile;
- di conoscere la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento;
- di aver compreso tutte le informazioni che mi sono state fornite.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____