

SANITAS FRIULI S.r.l.	Nome Documento: CONSENSO INFORMATO Infiltrazioni intrarticolare e peri articolare	Codice Documento: MO.01 MED FIS.
	File di Archivio: MO.01 MEDFIS Consenso informato infiltrazioni	Data di emissione: Rev. 01 Ottobre 2021

Il sottoscritto Sig. _____

nato/a il _____ a _____

Patologia diagnosticata _____

Opzioni terapeutiche: _____

La terapia interarticolare e peri articolare consiste nell'iniettare, nel cavo articolare o nei tessuti peri articolari e peri-inserzionali, farmaci (solitamente corticosteroidi o acido ialuronico), con cadenza variabile a seconda delle indicazioni del medico e delle sostanze impiegate.

L'indicazione principale è rappresentata dai versamenti articolari infiammatori, soprattutto se localizzati in una o alcune articolazioni. In questi casi l'infiltrazione consente di ottenere la massima efficacia antinfiammatoria locale con pochi o minimi effetti sistemici.

Oltre all'artrite, anche l'artrosi e la condro calcinosi rispondono a questa procedura terapeutica.

Altre indicazioni sono i reumatismi extrarticolari, in particolare le periartriti, le entesiti (epicondilite ecc), le neuropatie da compressione periferica (per esempio la sindrome del tunnel carpale o altre sindromi da intrappolamento).

CONTROINDICAZIONI

Le principali sono: il sospetto di un'artrite settica, le presenza di ulcerazioni cutanee in vicinanza dell'articolazione oggetto della terapia, la presenza di protesi articolari, l'inefficacia dimostrata di precedenti terapie interarticolari eseguite di recente.

COMPLICANZE

Le principali complicanze relative alla terapia interarticolare steroidea sono: artrite infettiva, artrite post-infiltrazione, atrofia cutanea o sottocutanea ed effetti sistemici (diabete, ipertensione).

Dichiaro di aver compreso le informazioni fornite ed acconsento a sottopormi al trattamento.

Firma del paziente/tutore/Amministratore di Sostegno
per espressione di consenso informato

Il medico (timbro e firma)

Gemona del Friuli, _____

DICHIARAZIONE DI REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE PER INFILTRAZIONI INTRARTICOLARI

Io sottoscritt _____ nat _____ il _____
revoco con la presente il consenso sopra espresso.

Gemona del Friuli, _____

Firma del Paziente (o del Tutore/Amministratore di Sostegno)

Firma del Medico
