



Casa di Cura Figlie di San Camillo

Via Fabio Filzi, 56
26100 Cremona
Tel. 0372 421111 – Fax 0372 24533
e-mail: info@figliesancamillo.it

Espressione ed acquisizione del
consenso /dissenso informato
all'esecuzione terapeutica
dell'infiltrazione ecoguidata

CHE COSA E': Le infiltrazioni ecoguidate sono procedure di Radiologia Interventistica dell'Apparato muscoloscheletrico. Esse prevedono, l'iniezione, sotto guida ecografica, di farmaci (Ac. ialuronico, Cortisonici, FANS, Anestetici locali, Ozono, etc), usati da soli o in combinazione tra di loro.

A COSA SERVE:

Via il dolore, ma non solo. L'obiettivo principale della terapia infiltrativa è quella di curare la sintomatologia dolorosa come esito di patologia traumatica o degenerativa del sistema muscolo-scheletrico, ma non solo. Per esempio con le infiltrazioni di cortisone si ha anche un effetto antinfiammatorio e antiedemigeno. Le infiltrazioni possono essere combinate con beneficio alla terapia farmacologica o alla fisioterapia in molte patologie, ad esempio l'artrosi, le contratture muscolari e le tendinopatie, riducendo quindi la necessità di assumere farmaci in maniera prolungata, eliminando gli effetti avversi della terapia.

COME SI EFFETTUA:

Dopo accurata disinfezione, si cosparge di gel sterile la zona limitrofa da sottoporre ad infiltrazione. Si aspira il farmaco in un siringa sterile e con un ago sterile sottile attraverso l'utilizzo dell'ecografia, si arriva fino al punto dell'infiltrazione. Quindi viene spinto il farmaco a ventaglio. Si estrae l'ago, si fa emostasi e disinfezione con una garza e si applica un cerotto.

COSA PUO' SUCCEDERE-COMPLICANZE:

La possibilità che si possano verificare delle complicanze sono rare, ciò nonostante va ricordato che ci possono essere complicanze locali: Dolore dovuto alla distensione della capsula articolare o della guaina tendinea per pochi minuti o nei primi giorni successivi l'infiltrazione. Sanguinamento o ecchimosi: può avvenire nel sito d'iniezione in soggetti trattati con anticoagulanti o antiaggreganti piastrinici. Complicanze sistemiche dovute a ipersensibilità alla visione degli aghi che può comportare calo pressorio con senso di svenimento, generalmente a rapida risoluzione e spontanea. Estremamente rara la reazione nervosa vagale con arresto cardiaco e la reazione allergica sistemica da parte dell'organismo nei confronti della sostanza iniettata. L'equipe sarà in grado di fornirle la miglior assistenza possibile in tutti questi casi.

PREPARAZIONE NECESSARIA-RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria alcuna preparazione prima della procedura. E' possibile l'assunzione dell'abituale terapia farmacologica in corso, fatta eccezione per anticoagulanti/antiaggreganti, la quale assunzione deve essere comunicata in fase di prenotazione e sospesa prima della procedura in accordo con il medico curante.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso, il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO /DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE TERAPEUTICA DELL'INFILTRAZIONE ECOGUIDATA

DICHIARANTE

Il/la sottoscritto/a.....nato/a.....il.....

Residente in.....Via.....N°.....

(1) In qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) In qualità di tutore del Sig./ra.....

Informato/a dal Dott:

Sul tipo di procedura da eseguire e precisamente Infiltrazione Ecoguidata

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che la procedura, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta , senza pregiudicare l'attività assistenziale, consapevole altresì del mancato beneficio terapeutico apportato dalla stessa procedura una volta interrotta;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative alla procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto la procedura proposta

rifiuto la procedura proposta

DATA..... FIRMA DEL PAZIENTE.....

EVENTUALE INTERPRETE.....

FIRMA DEL MEDICO.....

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA: SI NO

DATA..... FIRMA DEL PAZIENTE.....